FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 **THÈSE** N° 99

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

RAYMOND CORBIN

Interne des hôpitaux d'Amiens,

Né à Amiens, le 6 octobre 1885

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ŒSOPHAGOSCOPIE

Description d'un nouvel œsophagoscope

Président : M. Paul SEGOND

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—

1911

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	CHAUFFARD GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND ONCLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUDELOCQUE

Vous nous avez donné l'exemple d'une vie toute d'honnêteté et de travail. Nous nous efforcerons de suivre la voie que vous nous avez si bien tracée.

A MA GRAND'MÈRE

A MON GRAND'PÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de reconnaissance pour tous les soucis et les sacrifices que nous vous avons imposés.

A MA CHÈRE ÉPOUSE

Vous êtes pour nous la compagne intelligente et dévouée; votre douce et affectueuse collaboration rendra notre tâche plus facile; tous les actes de notre vie tendront à vous prouver combien vive est notre reconnaissance.

A MON CHER FILS

A MES CHERS BEAUX-PARENTS

Nous n'oublierons jamais ce que vous avez fait pour nous. Votre vie, empreinte d'un travail sans relâche et d'un incessant labeur, nous servira d'exemple et nous tâcherons de vous imiter.

A TOUS MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOIS

C'est vous qui, dans notre cerveau d'enfant, avez fait germer l'idée de nous adonner à ce bel art qu'est la médecine; vous nous avez sans cesse porté le plus bienveillant intérêt; nous vous en serons toujours reconnaissant.

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR GOSSET

Depuis notre plus tendre enfance vous nous aviez voué une étroite et solide amitié; vous nous manquez beaucoup aujourd'hui.

MEIS ET AMICIS

A TOUS MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX D'AMIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR FOURNIER
Directeur de l'École de Médecine d'Amiens,
Professeur de clinique obstétricale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOULONGUET
Directeur honoraire de l'École de Médecine d'Amiens,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUCHET
Professeur suppléant de clinique chirurgicale,
Chirurgien des hôpitaux.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PEUGNIEZ
Directeur honoraire de l'École de Médecine d'Amiens,
Professeur de clinique chirurgicale,
Chirurgien des hôpitaux.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital de la Salpêtrière,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la légion d'honneur.

AVANT-PROPOS.

Il faudrait être bien mauvais fils et indigne de ce nom pour méconnaître, jusqu'à n'en point parler, ce qui se passe dans le cœur d'un père ou d'une mère lorsqu'il s'agit de leur enfant. Ces sentiments, nous avons été à même de les analyser chez nos excellents parents ; de même qu'ils ont veillé avec une grande sollicitude sur nos premières années, de même, pas à pas, ils nous ont suivi au cours de nos études, se réjouissant lorsqu'il nous arrivait quelque chose d'heureux, nous prodiguant leurs caresses et nous réconfortant par de sages paroles et des conseils avisés dans les petits déboires de la vie que, dans notre inexpérience, nous considérions naïvement comme des calamités irréparables. Aussi, avons-nous voulu qu'ils fussent les premiers à goûter notre dernière joie d'étudiant et, sans réflexion, accourons-nous vers eux tout naturellement, en un geste réflexe, pour leur offrir ce modeste travail et leur exprimer notre profonde reconnaissance. C'est toujours le petit enfant, vos premières joies, vos premiers tourments, l'objet de vos soins, hélas ! l'objet de vos veilles, qui vient balbutier « Merci ! » ; c'est le jeune lycéen dont la première séparation fut si

cruelle et qui,dans les sombres et longs couloirs froids du lycée, ressentit sa première impression d'attachement au foyer, qui vous est reconnaissant de tous les sacrifices que vous vous êtes imposés ; c'est l'étudiant qui vous remercie de tout l'intérêt que vous avez sans cesse porté à ses études médicales ; c'est le médecin enfin qui espère vous conserver longtemps heureux et vous embrasse bien affectueusement.

C'est vous, ma chère épouse, qui avez été le but de notre vie d'étudiant ; c'est vous qui, par vos caresses et vos douces paroles, avez su panser habilement les blessures des moments de découragement et nous ne connaissons rien de plus doux que ces longues heures de travail en commun. Pour nous faire paraître la tâche moins lourde, moins aride, vous avez voulu vous intéresser à nos travaux, je dirai presque en prendre votre part ; à cette délicate attention, nous avons été très sensible et nous savons apprécier combien était ingrat et aride votre rôle de collaboratrice ; c'est encore vous, enfin, qui apparaissiez à l'horizon lorsque nous rédigions ce travail ; jamais tâche ne nous apparut plus agréable, plus douce à remplir, et, en vous le dédiant, nous l'offrons également à nos chères espérances, à notre cher fils que nous adorons, lui qui vient de faire entrer à nouveau la joie dans notre doux foyer et que nous associons à vous dans une seule et bien affectueuse pensée.

A travers le brouillard de la vie, par vous déchiré, vous serez toujours notre idéal, vers vous tendront toujours tous nos efforts, vers vous iront toujours toutes nos pensées ; pour le bien être de notre chère maisonnée

nous dépenserons sans compter notre activité et notre énergie et, en vous remerciant une fois encore de votre douce et puissante collaboration, nous vous embrassons bien affectueusement.

C'est dans notre vieux lycée d'Amiens que nous reçûmes de nos excellents professeurs cette éducation et cette culture générale qui nous permit de faire nos études médicales. Fils d'universitaire, nous n'oublierons jamais les bonnes leçons de ces maîtres dévoués à qui nous adressons l'expression de notre plus vive reconnaissance.

Notre pensée va également à l'hôpital où nous avons ressenti les premières impressions de notre vie d'étudiant et qui fut notre véritable foyer scientifique. En contact journalier avec la souffrance et la misère, nous eûmes, dès le début de nos études et pendant toute la durée de notre internat, la conviction profonde que la profession de médecin ne devait être que dévouement, abnégation et sacrifice. Sans aller jusqu'à partager l'opinion de Max Simon qui disait que « la douleur était le principal stimulant de la vie », sans adopter la maxime des stoïciens déclarant que « la douleur n'est pas un mal », nous restons persuadé que cet incessant voisinage avec la douleur, aussi bien physique que morale, est un enseignement des plus profitables pour l'étudiant; nous dirons même qu'il est indispensable au médecin. Jean-Jacques Rousseau n'écrivait-il pas, en effet : « L'homme qui ne connaîtrait pas la douleur, ne connaîtrait ni l'attendrissement de l'humanité, ni la douceur de la commisération ».

C'est au chevet des pauvres malheureux que nous eûmes la bonne fortune de rencontrer journellement nos maîtres dévoués de qui nous tenons le meilleur de nous-même et qu'il nous est agréable de remercier aujourd'hui. —

Notre première année (Externat 1906-1907) se passa dans le service de M. le Docteur Moulonguet. Ce fut lui qui guida nos premiers pas, qui nous donna le sens clinique et qui nous initia aux beautés de la chirurgie.

Ami de notre famille, il nous assista dans diverses circonstances et, dans la joie comme dans la peine, nous fûmes à même d'apprécier sa haute valeur professionnelle et ses délicats sentiments. Nous lui serons toujours reconnaissant de nous avoir appris quelles devaient être les qualités du chirurgien consciencieux, d'avoir su, par ses paroles et ses actes, développer en nous le sentiment du respect dû à la vie humaine : nous ne l'oublierons jamais.

En seconde année (Externat 1907-1908) M. le Docteur Jean Bernard nous fit profiter de son expérience et de sa compétence médicales; c'est dans son service que nous apprîmes à faire un diagnostic. Nous aurions été heureux de le remercier de vive voix; nous aurions voulu pouvoir faire appel à ses connaissances et lui demander des conseils qu'il se serait fait un plaisir de nous prodiguer; les nécessités parfois si dures de la vie l'ont obligé à se séparer de nous; qu'il reçoive ici les plus sincères remerciements de son élève dévoué qui garde de son maître le meilleur souvenir.

C'est dans ce service qu'il nous a été donné de suivre

les leçons de M. le Docteur Braillon et nous nous félicitons de l'avoir rencontré au lit des malades. Ses examens si minutieux, ses conseils aussi précieux que modestes, contribuèrent beaucoup à nous donner le sens clinique; il fut pour nous un maître dévoué qui nous témoigna toujours beaucoup de sympathie : nous lui en conserverons la plus vive gratitude.

C'est avec regret que nous dûmes partager notre troisième année (Internat 1908-1909) qui s'écoula trop vite à nos yeux. Nous eûmes d'abord la bonne fortune d'aller dans le service de M. le docteur Boussavit. Sa bonne humeur, son ton paternel, sa patience qui n'a d'égale que la douceur, son enseignement si simple et pourtant si scientifique, contribuèrent beaucoup à nous rendre attrayante la chirurgie des enfants; c'est avec peine que nous avons dû quitter ce maître si loyal et si bon, nous promettant de revenir bien souvent solliciter ses conseils et ses avis.

M. le Docteur Froidure, dans son service des enfants fiévreux, nous apprit combien la médecine infantile était fertile en surprises et combien il fallait être réservé et prudent; l'accueil qu'il nous réserva fut des plus bienveillants; il voulut voir en nous le camarade d'études de son fils; ami de notre famille, nous avons été a même de pouvoir apprécier maintes fois son dévouement au chevet des nôtres dans des moments, hélas, bien pénibles! il nous a toujours porté un bienveillant intérêt; nous sommes heureux d'adresser l'expression de notre bien vive reconnaissance à ce praticien aussi modeste qu'expérimenté et consciencieux.

Nous terminâmes enfin l'année à la Maternité où M. le Docteur Fournier, Directeur de l'Ecole, nous familiarisa avec l'obstétrique; dans son enseignement, dont la modestie n'avait d'égales que la clarté et la puissance, il nous livra les secrets des manœuvres obstétricales, nous permettant d'apprécier la haute valeur de ses travaux personnels; il voulut bien s'intéresser à nous d'une manière toute particulière; nous sommes heureux de pouvoir lui adresser aujourd'hui nos plus vifs remerciements.

C'est dans le service de M. le Docteur Huber que se passa notre quatrième année (Internat 1909-1910); l'expérience de ce vieux praticien nous a été particulièrement précieuse et ses conseils avisés nous seront d'un grand secours; il se réjouissait de nos succès car le médecin se doublait d'un père et, en félicitant l'ami de son fils, il pensait que ce dernier passait lui aussi des examens, éprouvait les mêmes craintes, les mêmes angoisses. Aussi l'année s'écoula-t-elle douce pour nous et garderons nous toujours le meilleur souvenir de ce maître dévoué à qui nous adressons l'assurance de notre plus vive reconnaissance.

Enfin, comme pour aviver nos regrets de quitter l'hôpital, nous eûmes le bonheur d'accomplir notre cinquième et dernière année (Internat 1910-1911) dans le service de M. le Professeur Peugniez. Ce fut lui qui opéra la fusion des divers matériaux scientifiques que nous avions recueillis çà et là pendant nos premières années et qui, entre ses doigts d'artiste, devinrent un tout compact et utilisable. Jamais nous n'oublierons

ses élégantes et magistrales cliniques qui nous apparaissaient si simples, si claires et si attrayantes après que le ciseau de l'artiste, abattant l'inutile, les avait finement fouillées, délicatement ciselées. Nous admirons l'honnêteté, la sincérité et l'intégrité professionnelle de ce distingué chirurgien qui ne craignait pas d'avouer une faute commise, estimant qu'elle pouvait être utile aux autres; nous admirons la franchise et la droiture de ce maître dévoué sur le concours bienveillant duquel on peut toujours compter, dont l'appui réel et sincère ne fait jamais défaut; nous admirons enfin l'artiste dont le charme pénétrant de ses horizons nouveaux sut nous captiver et nous rendre la chirurgie si intéressante.

Ses nombreuses occupations ne l'ont point empêché de se mettre à notre disposition pour nous aider dans nos recherches et d'imaginer spécialement pour notre travail un nouvel œsophagoscope que nous sommes heureux de pouvoir présenter aujourd'hui; il a tenu à nous assister dans les expériences que nous avons faites et sa collaboration nous fût particulièrement précieuse et agréable. Spontanément il nous a offert sa plume habile pour exécuter quelques-uns de nos dessins. Aussi aurions-nous voulu pouvoir prolonger notre séjour dans ce service de clinique chirurgicale: les événements ne nous le permirent malheureusement pas; nous nous promettons bien, en revanche, d'aller souvent reprendre contact avec le maître aimé et lui demander des conseils. C'est dans cette espérance que nous quittons à regret le service et que nous adressons à notre dévoué

professeur nos plus sincères remerciements et l'expression de notre inaltérable et bien vive reconnaissance.

Au cours de nos études nous avons successivement profité des leçons des professeurs Labarrière et Pruvost (Anatomie), Courtellemont (Anatomie pathologique), Fage (oculistique), d'Hardiviller (Histologie), Hautefeuille (Zoologie), Moynier de Villepoix (Botanique), Sauné (chimie), Coudert (Physique), Pointelin (Physique biologique); nous les remercions bien vivement de leur précieux enseignement.

M. le Pharmacien supérieur Pancier, en nous familiarisant avec les réactions chimiques, fut pour nous un maître dévoué dont nous pûmes apprécier la bonté et profiter des conseils éclairés en maintes occasions; qu'il reçoive ici l'expression des remerciements les plus vifs et les plus sincères de son élève reconnaissant.

M. le docteur Jeunet, comme chef de clinique médicale, s'est toujours mis à notre disposition pour nous prodiguer ses conseils éclairés et nous faire profiter de ses connaissances universelles; nous aurions garde de l'oublier et nous le remercions bien vivement.

Il nous est également très agréable de remercier ici M. le docteur Chazarain, chirurgien des hôpitaux; il voulut bien nous traiter en camarade; ses conseils nous furent particulièrement précieux. Nous avons été touché de ses nombreux témoignages de sympathie et nous lui en sommes profondément reconnaissant.

M. le docteur Caraven, chef de clinique chirurgicale, depuis sa récente arrivée dans le service, a bien voulu

nous faire profiter de son expérience acquise pendant les années passées dans les hôpitaux de Paris; qu'il reçoive ici l'assurance de notre bien vive reconnaissance.

Ce ne fut pas un professeur, mais un camarade, que nous trouvâmes à l'amphithéâtre en la personne de M. le docteur Jullien, chef des travaux anatomiques; ce fut lui qui nous familiarisa avec l'étude du cadavre et contribua le plus à nous apprendre l'anatomie; nous eûmes depuis lors souvent l'occasion d'avoir recours à ses connaissances si étendues; nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Ce fut également un camarade que nous trouvâmes à la maternité en la personne de M. le docteur Quertant, chef de clinique obstétricale; nous nous rappellerons longtemps ces longues et parfois tardives causeries amicales que nous fîmes ensemble ; cet échange de vues nous fut des plus profitables et nous l'en remercions bien sincèrement.

Notre excellent ami M. le docteur Bax, chef de clinique médicale, s'est toujours mis à notre disposition, avec sa bonne grâce habituelle, pour nous donner ses sages conseils et ses renseignements si précieux; nous avons eu maintes fois l'occasion de lui demander de nous dévoiler les procédés de laboratoire qui lui sont si familiers, aussi l'en remercions-nous bien vivement.

Le charmant camarade que fut toujours pour nous M. le docteur Dacheux, en nous familiarisant avec l'exploration de l'appareil urinaire qu'il pratique avec une grande habileté, nous a permis d'établir un parallèle entre l'œsophagoscopie et la cystoscopie. Ses solides

connaissances urologiques nous ont été d'un précieux secours et nous lui adressons l'expression de notre plus vive sympathie et de nos plus sincères remerciements.

M. le docteur Degouy, dans son service de radiographie, s'est toujours aimablement mis à notre disposition pour nous donner tous les renseignements utiles.

Les quelques moments passés dans ce service ont toujours été des plus profitables; nous sommes heureux d'adresser à ce maître aussi modeste que dévoué, l'expression de nos bien vifs et bien sincères remerciements.

M. le docteur Pauchet, en médecine opératoire, nous familiarisant avec le bistouri qu'il manie avec une dextérité remarquable, fut pour nous, non seulement un maître dévoué, mais encore un ami précieux. Aussi est-ce à lui que nous avons eu recours en maintes circonstances; son tempérament chirurgical, son sens pratique de la vie, ses conseils éclairés, contribuèrent pour une large part à l'orientation de notre vie et nous lui en serons toujours infiniment reconnaissant.

Depuis de longues années déjà il voulut bien s'intéresser à nous, nous suivant pas à pas avec une sollicitude qui nous a beaucoup touché; c'est à lui que nous devons l'idée de cette thèse; c'est l'élève d'hier, l'ami d'aujourd'hui, qui est heureux d'adresser à son cher maître ses plus sincères et ses plus cordiaux remerciements.

Il nous reste enfin un devoir bien doux et bien agéable à remplir, celui de remercier notre cher ami M. le docteur Labouré; ses connaissances si parfaites de laryngologiste, son habileté opératoire, nous firent

bien vite partager l'amour qu'il professe pour cette spécialité et la foi qu'il a en elle.

Ses conseils et son agréable collaboration nous ont été d'un grand secours dans l'élaboration et la rédaction de ce travail : il fut pour nous l'ami le plus affectueux et le plus désintéressé que nous ayons jamais rencontré et, désormais, il ne saurait rien lui arriver qui puisse nous laisser indifférent.

A ce précieux collaborateur, à cet ami sincère que nous espérons garder près de nous le plus longtemps possible, nous adressons notre plus cordial merci.

Notre excellent ami, M. le docteur Legrand, qui s'est fait une juste renommée en médecine infantile, nous a toujours prodigué ses avis éclairés et ses sages conseils. Maintes fois nous avons eu recours à ses solides connaissances de spécialiste pour notre cher fils ; il s'est toujours mis à notre disposition avec une amabilité à laquelle nous avons été très sensible. Aussi sommes-nous heureux de lui adresser aujourd'hui nos plus sincères remercîments et de l'assurer de notre bien vive sympathie et de notre plus profonde reconnaissance.

Notre vieil ami, Monsieur Maurice Thorel, architecte à Amiens, a bien voulu s'intéresser à notre travail en mettant à la disposition de son ancien camarade de lycée son talent de dessinateur émérite pour figurer le nouvel œsophagoscope que nous présentons aujourd'hui. Nous avons été très sensible à cette marque de sympathie et lui adressons l'expression de nos plus vifs et de nos plus sincères remerciements.

Avant de quitter l'hôpital, qu'il nous soit permis enfin

de jeter un dernier regard et de revoir une fois encore cette chaude atmosphère scientifique qui nous a vu grandir et que nous ne retrouverons jamais plus.

Ce n'est pas sans un serrement de cœur que l'on se sépare des choses et des êtres qui vous sont chers : aussi est-ce avec peine que nous quittons l'Hôtel-Dieu, ses salles de malades, ses salles d'opérations, ses laboratoires, son amphithéâtre, l'internat et nos chers camarades. Président de l'Association générale des Etudiants pendant deux ans, tous nos efforts ont toujours tendu à faire régner parmi nous la bonne et franche camaraderie ; nous avons toujours été l'adversaire irréductible de ces querelles intestines dans lesquelles on dépense le meilleur de son temps, de son activité, de son énergie et aussi de son cœur. Nous avons mis notre point d'honneur à réaliser ce beau rêve et nous sommes convaincu que cette amitié contractée au chevet des malades sera durable et solide et que rien ne pourra en dénouer les liens. Lorsque les hasards de l'existence auront séparé les uns, réuni les autres, nous nous souviendrons de nos compagnons de travail, ne connaissant comme lutte qu'une franche et louable émulation et nous serons toujours de bons camarades. Quant à nous, les dures nécessités de la vie ne sauraient nous rendre parjure de ces sentiments et ce sera pour nous une véritable joie lorsque nous rencontrerons un camarade, d'évoquer les doux souvenirs de notre vie d'étudiant. Que tous nos collègues de l'Internat, que tous nos camarades reçoivent l'expression de notre plus franche sympathie et l'assurance des meilleurs sentiments de

sincère camaraderie d'un convaincu qui les quitte avec peine, mais avec le ferme espoir de les revoir souvent.

M. le Professeur Segond nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous n'oublierons jamais l'accueil si cordial qu'il nous réserva lorsque nous allâmes le trouver pour lui présenter ce modeste travail. Nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre bien vive et bien profonde reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur les méthodes endoscopiques.

Lorsque le chirurgien examine une plaie ou une production pathologique quelconque siégeant à la surface des téguments, ses yeux en notent la forme, la couleur, le relief, le contour, ses doigts en apprécient la consistance, la mobilité ou les adhérences. Mais lorsqu'il s'agit d'examiner les conduits naturels, des difficultés d'ordre anatomique et matériel surgissent; quels que soient l'habileté et l'entraînement de l'opérateur, aussi développé que soit l'appareil du tact du chirurgien, quelle que soit la valeur de sa « main attentive », les renseignements fournis seront bien vagues et bien incertains; ils seront souvent incomplets, insuffisants. Les « doigts prolongés », selon l'heureuse expression du professeur Guyon, introduits dans un urèthre ou dans une vessie, montreront bien ou plutôt feront bien sentir au chirurgien « qu'il y a quelque chose », mais ce dernier verra naître la difficulté lorsqu'il lui faudra analyser ses sensations. En cathétérisant un urèthre, on heurte

un rétrécissement; mais quelle en est exactement la forme, l'étendue, la couleur? Quelles sont les modifications de la muqueuse du voisinage? une sonde introduite dans la vessie rencontre une tumeur, quelle en est l'aspect? un calcul, quelle en est la forme? Une olive, en parcourant l'œsophage donne les mêmes sensations pathologiques, mais l'analyse en est aussi difficile. Enlever un corps étranger de l'œsophage ou d'une bronche sans savoir quelle en est la forme exacte — les sujets qui en sont porteurs ne savent pas toujours ce qu'ils ont avalé, surtout les enfants — c'est s'exposer aux pires mésaventures. Qui nous dit, en effet, que le corps étranger est arrondi? qui nous dit qu'il ne possède pas au contraire des arêtes dont l'une va perforer l'œsophage si, avec la sonde, on exerce une pression sur lui? qui nous dit que les parois de l'œsophage ne sont pas altérées par ce contact avec le corps étranger et que le cathéter ne va pas s'y frayer un passage qui aura les pires conséquences? on aura beau, pour mettre toutes les chances de son côté, ne pratiquer ce cathétérisme qu'au début et dans les heures qui suivent l'accident; un tel procédé n'en restera pas moins dangereux. Et nous ne parlons que des lésions qui ont été soupçonnées par ces examens faits à l'aveuglette; que dire de celles qui semblent se jouer de la sonde et « faire le mort » lorsque cette dernière passe près d'elles; c'est un véritable jeu de cache-cache que pratiquent les calculs de ces vessies à porte-feuille qui paraissent vouloir se faire tout petits dans leur cachette pour échapper au contact de la sonde investigatrice. Sans doute, en dehors du

cathétérisme, nous avons à notre disposition deux moyens d'établir un diagnostic, la clinique et la radioscopie.

La clinique? Nous n'oublions pas, certes, que des cliniciens, des spécialistes même de la valeur du professeur Guyon se sont adressés à elle et à elle seule pour faire un diagnostic. Mais, ce que nous voulons montrer, c'est que l'œsophagoscopie ne doit pas seulement être considérée comme un moyen de contrôle auquel il faut avoir recours lorsque l'on a épuisé toute la série des moyens cliniques, mais au contraire comme un puissant élément permettant de faire un diagnostic. Que de renseignements vagues et imprécis nous donne la clinique! Qu'il s'agisse d'un corps étranger, d'un cancer, d'un ulcère, d'un spasme, d'un rétrécissement par compression, le résultat est toujours le même, le rétrécissement de la lumière de l'œsophage, la sténose de ce conduit; et par quoi se traduit cette sténose en clinique? toujours par les mêmes symptômes, la dysphagie progressive, les régurgitations, les vomissements, la cachexie et l'inanition. Evidemment, l'âge plus ou moins avancé du malade, l'amaigrissement, son teint jaune paille, l'engorgement ganglionnaire, les stries hémorragiques des expectorations, les melœnas, feront bien pencher le diagnostic vers le cancer, mais que d'erreurs décevantes! que de cancers n'offrent pas un seul de ces symptômes et combien de spasmes ou de rétrécissements cicatriciels les montrent au contraire presque au complet! Nous aurons du reste l'occasion de discuter la question à propos des observations de malades atteints de cancer de l'œsophage que

nous rapportons plus bas. Si, pour faire le diagnostic exact de présence d'un corps étranger de l'œsophage, on compte sur les signes fonctionnels et physiques, l'erreur est presque fatale, pourrait-on dire. Combien décevants sont les commémoratifs, surtout chez les enfants! Ces derniers peuvent évidemment être de bonne foi mais bien souvent ils peuvent mentir également par crainte des représailles. D'autres malades, endormis, n'ont pu s'apercevoir que leur dentier s'était engagé dans l'œsophage; d'autres enfin, très tolérants, semble-t-il, ont avalé des corps étrangers qui ne les ont nullement gênés et qui n'ont été révélés que par une radioscopie faite longtemps après, presque par hasard! Pendant le repas, un os, un corps quelconque enrobé dans des aliments peut être dégluti sans donner lieu au plus petit accident; le corps étranger n'en subsiste pas moins.

Les accès de suffocation peuvent manquer et, quand ils existent, ne sont pas toujours en rapport avec le volume du corps étranger; il faut faire intervenir l'élément « spasme ». La douleur spontanée? la dysphagie? autant de causes d'erreur. La palpation? moins brutale souvent que le cathétérisme déterminera peut-être bien parfois une douleur en un point précis, mais le chirurgien sera-t-il beaucoup plus avancé? c'est déjà un renseignement, évidemment, mais il ne faut pas qu'il compte sur cette méthode pour déterminer la forme et la nature du corps étranger.

La radioscopie? Que de causes d'erreur également fournies par elle! Cette branche médicale, il faut le reconnaître, nous a rendu et nous rendra encore de

signalés services; mais nombreux sont les corps étrangers qui n'arrêtent pas les rayons X; par contre, sur l'écran, des ombres sont parfois projetées qui peuvent en imposer pour un corps étranger alors que l'œsophage ou la trachée sont absolument libres. Nombreux sont les cas où la situation exacte du corps étranger ayant été donnée par la radioscopie on ne le retrouve pas à l'œsophagoscopie car il a été dégluti dans l'intervalle; nous avons été à même d'observer un cas de ce genre que nous rapportons plus loin.

Et les corps étrangers révélateurs qui, bien qu'ayant franchi l'œsophage, déterminent des douleurs intolérables qui feraient croire à leur présence? Ces douleurs sont dues à des éraillures de la muqueuse que la radioscopie est impuissante à révéler. Bien plus, que dire de ces cancers en chou-fleur qui osbtruent complètement la lumière du tube œsophagoscopique et se laissent franchir successivement par trois cachets de bismuth et que la radiographie ne peut diagnostiquer? nous avons tout récemment observé ce cas typique. La radioscopie est parfois incapable de pouvoir dire d'une façon précise si le corps étranger se trouve dans l'œsophage ou dans la trachée. Evidemment, les commémoratifs ont ici une très grande valeur et le laryngologiste devra y attacher une très grande importance lorsqu'il fera son interrogatoire. Le malade a-t-il eu des quintes de toux? La dyspnée a-t-elle été violente *aussitôt* après l'ingestion du corps étranger? Nous disons *aussitôt* car, au bout de quelque temps, il se produit de l'accoutumance, les voies aériennes deviennent tolérantes et, s'il n'est pas

averti, le praticien fera fatalement le diagnostic de corps étranger de l'œsophage. Mais il y a deux choses que l'œsophagoscopiste ne doit pas ignorer s'il ne veut pas faire l'erreur inverse : 1° si le corps étranger est volumineux, même situé dans l'œsophage, il déterminera par compression un violent accès de suffocation ; 2° s'il est petit, au contraire et s'il s'arrête dans la partie haute de l'œsophage, sa présence, à cet endroit, donnera lieu à des phénomènes dyspnéiques intenses, phénomènes réflexes que nous avons pu observer chez des enfants et le diagnostic reste bien incertain si l'on n'a pas recours à l'œsophagoscopie. Enfin, s'il était encore nécessaire de montrer une dernière fois combien sont infidèles, décevantes et trompeuses les différentes méthodes d'investigation dont nous venons de parler, nous pourrions citer le cas de ces malades qui viennent trouver le médecin déclarant qu'ils ont avalé, qui un dentier, qui une pièce de monnaie, qui une épingle, etc... Le tableau symptomatique est au grand complet ; les commémoratifs vous paraissent dignes de foi, le malade vous décrit parfaitement la scène de l'ingestion du corps étranger ; la douleur est des plus nettes et il vous accuse un point bien précis ; il y a de la dysphagie. Vous pratiquez une œsophagoscopie qui vous montre un œsophage libre, aux parois intactes, dans lequel il n'y a absolument rien. Ce sont des nerveux, des neurasthéniques qui harcèlent le médecin, le poursuivent, le suppliant de leur enlever ce corps étranger qui n'existe que dans leur imagination. On a toutes les peines du monde à leur assurer qu'ils n'ont rien avalé du tout

ou que, s'ils ont avalé, le corps étranger n'y est plus et encore n'y réussit-on pas toujours. Que ferait le médecin en présence de tels malades? Un cathétérisme ne lui donnerait pas de résultat; une radioscopie ne lui en apprendrait pas davantage, et s'il ne pratique pas l'œsophagoscopie, nous ne lui voyons plus qu'une seule ressource à laquelle il sera fatalement amené à avoir recours, l'œsophagotomie externe et nous connaissons les dangers d'une telle opération.

Le chirurgien ne doit donc point se contenter d'un examen aussi incomplet. Diogène moderne, il ne doit avancer que la route découverte, muni d'une lanterne éclairant les moindres carrefours, les plus petites impasses dans lesquelles il doit s'aventurer.

Ce n'est donc plus aux seuls « doigts prolongés » qu'il doit avoir recours, mais à ce nous pourrions appeler les « yeux prolongés ». Ce sont ces « yeux prolongés » qui, ne se contentant pas d'une exploration à vue de nez, au petit bonheur, vont compléter le diagnostic porté par les « doigts prolongés », le rendre plus précis, et qui vont, comme dans toute chirurgie rationnelle, bien voir la lésion pour la traiter de suite et directement sous le contrôle de la vue. Qu'il soit laryngologiste ou urologiste, le chirurgien consciencieux, curieux, scientifique, aimant véritablement son art, fera donc appel à l'endoscopie et il pratiquera couramment l'otoscopie, la rhinoscopie, la laryngoscopie, la bronchoscopie, l'œsophagoscopie, la gastroscopie, l'uréthroscopie, la cystoscopie et la rectoscopie. C'est l'endoscopie, en effet, qui, tournant des difficultés d'ordre anatomique et matériel, nous a permis d'extérioriser nos

sens, de nous rendre plus adroits, plus forts même que la nature, puissamment aidés par le fini de nos instruments qui, autrefois déjà, était presque légendaire ; Voltaire, en effet, dans son « Siècle de Louis XIV », n'hésitait pas à écrire que « non seulement il n'y avait guère d'excellents chirurgiens qu'en France, mais que c'était dans ce seul pays qu'on fabriquait parfaitement les instruments nécessaires ».

L'œsophagoscopie nous a donc séduit par le précis et l'utilité incontestables de ses renseignements et nous avons toujours considéré comme incomplet un examen de l'œsophage pour lequel on ne s'adressait qu'à la clinique, au cathétérisme ou à la radioscopie.

Nous avons pratiqué personnellement ou vu pratiquer, en qualité d'assistant, une centaine d'œsophagoscopies; nous allons fidèlement rapporter ici les cas qui nous ont paru les plus intéressants. Dans un premier chapitre, nous exposerons la technique que nous avons adoptée pour pratiquer nos œsophagoscopies; dans un second chapitre, les observations des malades œsophagoscopés montreront les résultats que nous avons obtenus.

Il ne nous appartient pas de faire ici l'anatomie de l'œsophage; depuis longtemps déjà les anatomistes ont parfaitement décrit ce conduit et ce serait faire œuvre peu intéressante, de pur copiste, que de rapporter ici les résultats de leurs travaux personnels.

Néanmoins les données classiques n'ont pas toujours répondu à ce que nous avons vu; ce fait ne peut avoir rien qui nous étonne ; les anatomistes ont décrit un œso-

phage qu'ils ont étudié sur le cadavre et nous avons examiné des œsophages sur le vivant.

Nous nous bornerons donc, en exposant notre technique, à dire purement et simplement ce que nous avons vu en parcourant des œsophages normaux et, chemin faisant, nous noterons les divergences entre les données anatomiques classiques et l'anatomie œsophagoscopique.

CHAPITRE II

Technique de l'œsophagoscopie.

A. — Position du malade.

Quelle que soit la position adoptée, assise, latérale ou dorsale, il est de toute nécessité que le malade ait la tête renversée en arrière, de façon à ce que les axes de la cavité buccale et de l'œsophage soient dans le même prolongement, pour permettre l'introduction des tubes à vision rectiligne. Pour faire nos examens, nous avons préféré et adopté la position couchée ou position de Rose, moins fatigante pour le sujet et permettant d'avoir une immobilisation plus complète et un renversement plus accentué de la tête.

B. — Anesthésie.

Elle pourra être locale, générale ou mixte.

a) **Anesthésie locale**. — C'est à elle que nous avons recours lorsque nous nous proposons de faire un simple examen œsophagoscopique chez un adulte. A l'aide d'un pinceau, on badigeonne, avec une solution de cocaïne au 1/20e, le voile du palais, la paroi postérieure du pharynx; le pinceau, étant monté sur un mandrin courbé, permet de cocaïner facilement la base de la

langue, la région aryténoïdienne, la face postérieure du cartilage cricoïde et de pénétrer même dans la partie haute de l'œsophage. Les mouvements de déglutition qui se produisent alors contribuent également à anesthésier l'œsophage. Au bout de trois à quatre minutes, l'anesthésie est suffisante pour permettre l'introduction des tubes. Nous n'avons jamais observé la plus petite intoxication due à la cocaïne, bien que, dans quelques examens, nous ayons du en user larga manu ; il sera prudent, en tous cas, de ne pas dépasser la dose de dix centigrammes. On a conseillé l'emploi de la novocaïne en solution au 1/20e qui aurait l'avantage d'être cinq fois moins toxique que la cocaïne; nous avons utilisé cet anesthésique local et le seul inconvénient que nous lui ayons trouvé est d'avoir été obligé d'attendre un certain temps pour pouvoir introduire les tubes.

b) **Anesthésie générale**. — C'est à elle que nous avons eu recours chez les enfants ou dans les examens œsophagoscopiques prolongés pratiqués chez les adultes; l'extraction d'un corps étranger, par exemple, nécessite l'emploi de l'anesthésie générale; chez des adultes nerveux, même pour de simples examens, nous avons dû avoir recours à l'anesthésie générale.

c) **Anesthésie mixte**. — Il ne faudrait pas croire que l'anesthésie générale dispense de pratiquer l'anesthésie locale à la cocaïne; la narcose seule est impuissante à faire disparaître les phénomènes spasmodiques qui empêchent l'introduction du tube et nous nous sommes toujours trouvé bien d'associer ces deux anesthésies.

Certains malades sont particulièrement rebelles à l'introduction du tube œsophagoscopique qui, dès son entrée dans le pharynx, détermine des spasmes violents et des nausées fort désagréables pour le malade; on pourra y remédier de la façon suivante :

1° La veille au soir de l'examen on leur administrera une potion bromurée, contenant trois à quatre grammes de bromure de potassium.

2° Un quart d'heure avant l'examen, on pratiquera une piqûre de un centigramme de morphine.

L'emploi de la cocaïne déterminant une hypersecrétion salivaire gênante pour l'examen, on se trouvera bien d'associer à la morphine deux milligrammes d'atropine qui diminueront la salivation.

Lorsque l'on a recours à l'anesthésie générale, que l'on emploie l'éther ou le chloroforme, certains opérateurs, et entre autres notre ami le docteur Labouré (d'Amiens), prétendent qu'opérateur et anesthésiste se gênent mutuellement; aussi proposent-ils les procédés d'anesthésie, générale tels que les injections intra-veineuses de chloroforme, les injections sous-cutanées de scopolamine-pantopon. Nous ne partageons pas cette manière de voir. Dans tous les examens que nous avons pratiqués sous l'anesthésie générale, l'anesthésiste, ayant « poussé le malade à fond », a pu abandonner le masque ou la compresse, nous laisser le champ libre et nous permettre d'explorer l'œsophage, de faire des prises de tumeur, d'extraire même des corps étrangers, sans que le sujet se réveillât; si l'opération est assez longue et laborieuse, l'anesthésiste peut toujours reprendre sa place pendant

quelques instants et de nouveau abandonner le malade à l'opérateur.

C. — Instrumentation.

a) **Éclairage**. — Lorsque nous avons commencé à faire des examens œsophagoscopiques, nous avions pensé que le seul moyen rationnel de bien éclairer une cavité que l'on veut examiner est d'y pénétrer « la lanterne à la main », si nous osons nous exprimer ainsi. En d'autres termes, nous pensions faire pour l'œsophagoscopie ce que nous avions vu faire et pratiqué nous-mêmes pour les uréthoscopies et les cystoscopies, c'est-à-dire introduire le tube œsophagoscopique à l'extrémité œsophagienne duquel serait située une petite lampe destinée à éclairer notre route. C'est en réalité ce que nous avons fait en adoptant ce mode d'éclairage préconisé en Amérique par Max Einborn, Mosher etc., qui, en France, compte au nombre de ses partisans Cauzard et Munch. Nous avons bien vite abandonné ce procédé pour plusieurs raisons.

1° La lampe, qui doit être petite pour pas obstruer la lumière du tube, est de faible voltage et brûle facilement ;

2° Si petite soit-elle, elle gêne considérablement les manœuvres ;

3° La lumière n'est pas répartie d'une façon uniforme et on ne peut faire varier le faisceau lumineux qui, partant toujours d'un même point fixe, expose à des erreurs dues aux ombres projetées ;

4° Le sang, s'il se produit la plus légère hémorragie, le pus, les mucosités peuvent souiller la lampe qui

n'éclaire plus; on ne peut songer à l'essuyer avec des porte-cotons car, cette dernière étant chaude, ces matières se sont cuites, coagulées à son contact, et l'examen devient impossible.

Les Allemands (Killian, Brünings) ont adopté un système d'éclairage dans lequel la lampe est située à l'extérieur, reliée au manche qui la maintient fixe à quelque distance du tube endoscopique.

La vision est des plus nettes; on voit parfaitement tous les détails; ses tubes et ses pinces coulissables permettent de manier un appareil plus ou moins long selon la hauteur à laquelle se trouve la tumeur ou le corps étranger. La lumière étant fixe, l'opérateur n'a pas à mettre au point, à éclairer et peut concentrer toute son attention et son activité sur l'examen qu'il fait et sur le maniement de ses instruments.

Nous avons vu employer cet appareil à la clinique du docteur Peugniez et ce qui nous avait séduit, c'était son parfait éclairage et la liberté de mouvements qu'il laissait à l'opérateur, n'étant plus attaché, retenu à la source électrique, par le fil du miroir frontal. On lui a reproché l'emploi forcé d'instruments recourbés à leur extrémité supérieure, le système oculaire du manche gênant l'introduction des pinces et porte-cotons qui doivent avoir une longueur proportionnée à celle du tube. Nous ne croyons pas que ce soit là un reproche bien sérieux et bien grave; c'en est un cependant.

Néanmoins nous pensons que l'appareil de Brünings a son indication beaucoup plus nette dans la bronchoscopie.

Là, en effet, les tubes sont d'un diamètre plus petit que ceux de l'œsophagoscopie dans lesquels on voit aisément clair; un éclairage plus intense est donc nécessaire et doit être réservé pour les tubes bronchoscopiques et, pour ces examens, l'appareil de Brünings nous paraît supérieur à tout autre. Pour la bronchoscopie donc, nous n'hésiterions pas à adopter le Brünings et pour l'œsophagoscopie toutes nos préférences vont à l'éclairage frontal dont nous allons maintenant parler.

C'est l'éclairage frontal, en effet, qui nous a semblé le plus pratique et bien qu'on ait construit divers appareils basés sur ce principe (Eclaireur de Kirstein, éclaireur à 3 lampes de Guisez, miroir de Clar, modifié par Guisez, qui est un miroir à long foyer, 35 à 40 centimètres, à vision monoculaire, avec une lampe de 12 volts en filaments de charbon ou de 5 volts en filaments métalliques), nous avons pratiqué presque tous nos examens avec le simple miroir de Clar; il est très simple et très commode; il est léger, ne chauffe pas; la lampe n'a pas la fragilité des lampes terminales des appareils américains; en outre, il protège la figure de l'opérateur contre les expectorations dues à la toux, aux nausées provoquées par l'examen.

b) **Instruments**. — Les instruments dont nous avons fait usage pour nos examens sont les suivants :

1° *Les tubes*. — Ils sont droits, cylindriques, gradués sur leur surface extérieure; leur intérieur est parfaitement lisse, bien poli, brillant, bien nickelé. Les tubes de 11 à 13 millimètres de diamètre nous ont permis de

faire tous nos examens œsophagoscopiques à quelque distance que ce soit. Les tubes courts et larges favorisent les interventions siégeant sur les parties hautes de l'œsophage.

Il faut les entretenir avec le plus grand soin et l'on se trouvera bien, avant l'examen, de passer à l'intérieur du tube, un coton imbibé d'alcool; c'est là un point capital car cette paroi intérieure a comme rôle essentiel de réfléchir les rayons lumineux vers l'extrémité inférieure ou œsophagienne du tube; cette dernière est un peu dilatée et la circonférence en est mousse; nous verrons, en étudiant le manuel opératoire, l'avantage de cette particularité.

L'extrémité supérieure se termine en s'évasant par une sorte de petit entonnoir dont l'intérieur a été noirci pour éviter la réflection des rayons lumineux qui gêneraient l'œil de l'œsophagoscopiste. Lorsque l'on procèdera au nettoyage de l'intérieur du tube, il faudra même éviter de frotter l'intérieur de cet entonnoir qui, perdant son enduit noir, ferait apparaître le brillant et rendrait la vision plus difficile.

Pour obvier à cet inconvénient on a construit des entonnoirs démontables que l'on visse sur le tube au moment de faire l'examen. Nous ne les avons pas employés et, en prénant des précautions dans le nettoyage, nous avons pu conserver intacte l'extrémité supérieure du tube.

2° *Tubes spéciaux.* — Lorsque nous voulons pratiquer simplement une pharyngoscopie, aller à la recherche de corps étrangers situés dans l'hypopharynx

ou à l'entrée de l'œsophage, immédiatement sous le châton cricoïdien, ou même lorsque nous voulons extraire des pièces de monnaie situées encore un peu plus bas, nous nous servons du tube pharyngien à biseau, moins long d'abord que le tube œsophagoscopique et qui nous permet, grâce à son biseau, de laisser moins facilement échapper les pièces de monnaie en particulier.

Pour les corps étrangers de l'œsophage et pour les dentiers en particulier, nous avons recours, en général, au tube à double-valves de Guisez qui a l'avantage d'être à la fois dilateur et protecteur. Il est composé de deux gaînes rentrant l'une dans l'autre; à l'extrémité inférieure de la gaîne externe se trouvent deux valves qui s'entr'ouvrent légèrement d'elle-mêmes, passivement, mais qui s'écartent largement par l'intermédiaire de la gaîne interne sur laquelle on agit en faisant tourner, en un mouvement de pas de vis, l'entonnoir placé à l'extrémité supérieure. Les deux valves s'ouvrant passivement, il est de toute nécessité, pour introduire le tube, d'engager un mandrin qui maintient l'articulation des valves et les empêche de s'entr'ouvrir.

3° *Les mandrins.* — Certains auteurs estiment que l'emploi de mandrins, que ce soient des sondes en gomme ou des mandrins rigides, métalliques aux trois quarts, dont l'extrémité inférieure est terminée par une bougie en gomme, facilite beaucoup l'introduction des tubes œsophagoscopiques. Nous leur reconnaissons évidemment cette propriété, surtout dans les premiers temps de l'opération, pour franchir la bouche de l'œsophage. Par mesure de prudence, pour ne pas blesser la

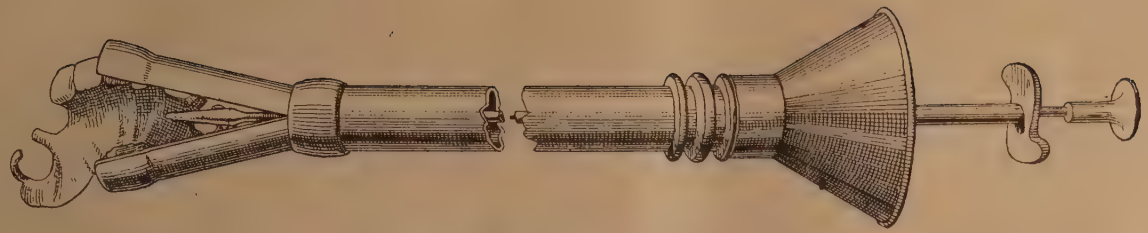


Fig. 1. — Tube à double valves de Guisez.
Le tube à double valves de Guisez engaine le corps étranger, en recouvre les aspérités et l'empêche ainsi de léser la muqueuse œsophagienne.

muqueuse œsophagienne (anévrysmes, cancer, corps étrangers, ulcérations, etc...), nous ne les employons jamais. Plusieurs fois, au début de nos examens, nous avons fait usage de ces mandrins; sauf quelquefois pour le premier temps, le passage de la bouche œsophagienne, nous n'en avons pas retiré grand avantage; souvent même le malade nous a semblé supporter moins facilement le mandrin que le tube œsophagoscopique.

4° *Les pinces.* — Nous nous servons de pinces à poussettes, d'une longueur variant entre 30 et 45 centimètres, dont les mors se resserrent lorsque l'on appuie sur un bouton à ressort situé à l'extrêmité supérieure. La forme des mors de ces pinces varie selon que l'on veut les utiliser pour enlever des tumeurs, prélever des fragments biopsiques, extraire des corps étrangers. Nous utilisons ces pinces à poussettes pour l'ablation des tumeurs et le prélèvement de fragments biopsiques; pour l'extraction des corps étrangers, nous préférons employer la pince de Cauzard. En effet, ces pinces à poussettes, de petit volume, sont très maniables sous le contrôle de la vue, mais, à vrai dire, elles sont délicates, faibles même. C'est pour ces raisons que pour la prise de corps étrangers qui résistent, qui sont enclavés, nous utilisons une pince plus rigide et plus forte, la pince de Cauzard. Elle est constituée par une pince située à l'intérieur d'une douille et l'ensemble des deux systèmes se termine par un manche coudé. A l'état de repos, les deux mors de la pince, écartés, dépassent la douille externe.

Le corps étranger étant au bout de la pince, on presse sur la gachette située sous le manche, la douille externe

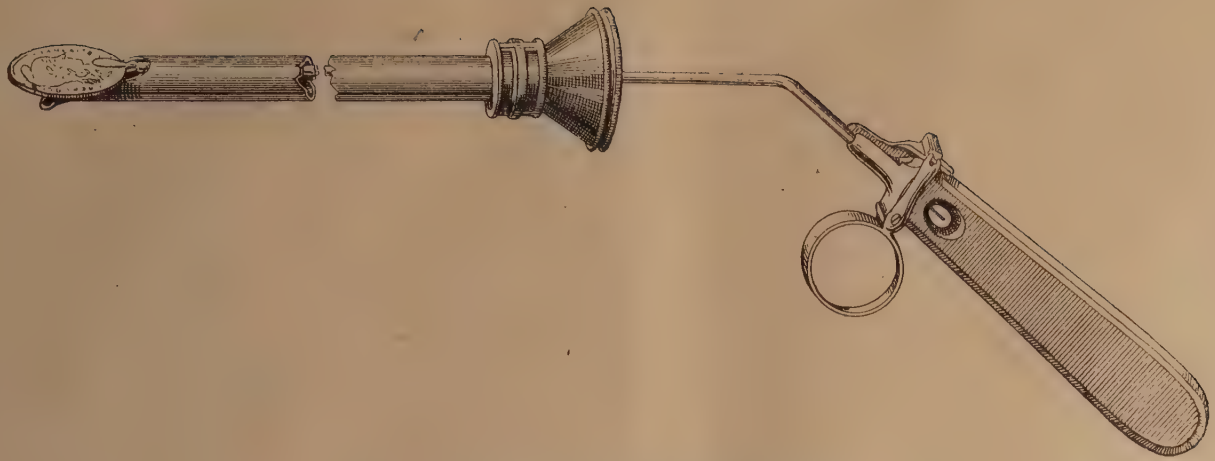


Fig. 2. — Pince de Cauzard et tube pharyngé à bizeau.
La pièce de monnaie, soulevée par le tube pharyngé à biseau, est aisément saisie par la pince de Cauzard.

avance, engaînant la pince dont les deux mors se resserrent et maintiennent solidement le corps étranger. Cet instrument, il est vrai, étant plus fort que les pinces à poussettes, obstrue un peu la lumière du tube ; mais lorsque le corps étranger est bien fixé, lorsqu'il a été bien repéré, la pince de Cauzard peut être introduite et mordre le corps uniquement guidé par la sensation tactile.

5° *Les porte-cotons.* — Pour éponger le sang, les mucosités, la salive, pour cocaïner les différents points que l'on va examiner, nous nous servons de pinces porte-cotons. Ce sont de fines tiges métalliques terminées par un bouquet de branches métalliques enserrant dans leurs griffes le tampon d'ouate grâce à une bague que l'on fait glisser à volonté et qui rapproche plus ou moins ces branches métalliques.

6° *La pompe à salive.* — Il arrive que les mucosités, la salive, sont tellement abondantes que les porte-cotons ne suffisent plus à les éponger ; d'autres fois, au-dessus d'un néoplasme, d'un spasme, s'est formée une vaste poche remplie de liquide visqueux, de débris alimentaires. La capacité de cette poche peut atteindre un litre, voir même presque deux litres. Luschka cite le cas d'une poche œsophagienne qui atteignait la dimension respectable de 30 centimètres de largeur à la partie moyenne.

Pour voir clair, il faut vider cette poche et c'est à la pompe à salive qu'il faut avoir recours. C'est en somme un appareil de Potain. Elle se compose d'un récipient relié par des tubes de caoutchouc d'une part au tube aspirateur, d'autre part à une seringue aspiratrice de Potain ou à une trompe à eau qui peut être distante de

l'endroit où l'on fait l'œsophagoscopie; le vide est alors canalisé comme le gaz et l'eau.

7° *L'ouvre-bouche.* — Inutile lorsque nous pratiquons l'anesthésie locale, nous y avons toujours recours lorsque le malade est sous l'anesthésie générale. Nous appliquons l'ouvre-bouche de Vacher ou de Doyen entre les arcades dentaires gauches; nous le plaçons le plus possible sur le côté de façon à ne pas être gêné pour l'introduction du tube.

D. — Manuel opératoire.

Les instruments sont disposés sur une table à portée de la main droite de l'opérateur; la solution de cocaïne au 1/20e qui aura servi à faire l'anesthésie locale restera toujours à la disposition de l'œsophagoscopiste pendant son examen.

Le malade, en position de Rose, la tête renversée en arrière, aura cette dernière soutenue par la main gauche d'un aide; ce dernier devra fidèlement obéir à l'œsophagoscopiste et fera varier la position de la tête selon les ordres qu'il en recevra. L'ouvre-bouche de Vacher étant placé entre les arcades dentaires gauches, à l'aide d'une compresse la main droite de l'aide tirera la langue du malade hors de la bouche, non sans avoir préalablement garni d'ouate le plancher de la bouche et les arcades dentaires inférieures, pour éviter les ulcérations du frein dues aux tractions répétées. L'ouvre-bouche n'est indispensable que lorsque le malade est sous l'anesthésie générale.

Si l'on opère sous la cocaïne, au contraire, on peut

parfaitement s'en passer; le malade peut même remplir une des fonctions de l'aide et se tirer lui-même la langue hors de la bouche.

a) **Introduction du tube**. — Le tube ayant été nettoyé comme nous l'avons dit plus haut avec un tampon d'ouate imbibé d'alcool, on le passe dans la flamme d'une lampe à alcool; on s'assure du bon fonctionnement de la lampe et, la paume de la main étant placée au bout du tube, on l'éclaire et on règle cette lampe jusqu'à ce que la tache lumineuse projetée sur la paume de la main soit très nette.

Si le malade est sous l'anesthésie locale, il faut gagner sa confiance; pour lui badigeonner le pharynx avec la cocaïne, il faut opérer avec la plus grande douceur; entre deux badigeonnages, asseyez-vous près de lui; s'il est dans son lit, mettez familièrement un genou sur le bord du lit et causez avec votre malade, intéressez-vous à sa famille, à ses occupations; dites-lui bien que vous allez faire un simple examen qui sera peut-être un peu désagréable, qui va lui irriter un peu la gorge, mais qui ne sera nullement douloureux. Vous aurez gagné la confiance de votre malade et ceci fera autant, quelquefois même plus, que la cocaïne. C'est dans les premiers temps de l'introduction du tube que nous avons toujours rencontré les plus grosses difficultés. C'est au procédé de la vue que nous avons toujours recours.

Dans le procédé du toucher, en effet, « l'introduction du tube se fait sur la pulpe de l'index gauche, celui-ci ayant au préalable senti les aryténoïdes et s'étant placé dans le sinus piriforme gauche » (Guisez). L'index

et le médius introduits dans la bouche doivent diriger le tube en arrière des aryténoïdes pour lui permettre, de s'engager dans l'œsophage. C'est là un procédé moins sûr, plus aveugle et partant plus dangereux que celui de la vue. C'est pourquoi nous avons adopté ce dernier que nous allons maintenant décrire.

Pénétrant par la commissure droite, on introduit le tube et, en s'éclairant, on le porte sur la ligne médiane, ce que l'on contrôle aisément en recherchant l'épiglotte. Nous l'avons dit tout-à-l'heure, les premiers temps sont fertiles en incidents et les réflexes nauséeux de la gorge constituent ici un premier obstacle. Un bon badigeonnage à la cocaïne nous a presque toujours permis de les vaincre. L'épiglotte une fois reconnue, avec l'extrêmité du tube on la relève et on aperçoit la saillie des aryténoïdes : à ce moment, pour contrôler si l'on est bien sur la ligne médiane, on peut, suivant les conseils du docteur Guisez « voir dans le tube le tiers postérieur des cordes vocales ».

b) **Exploration de la bouche œsophagienne.** — On se dirige alors en arrière et on recherche la fente transversale de la bouche œsophagienne, fente dont la lèvre antérieure est soulevée par les aryténoïdes et dont la lèvre postérieure est rendue convexe par la colonne vertébrale. Ayant reconnu cette bouche, l'œsophagoscopiste ne fera plus d'autre exploration; la graduation du tube marque 15 centimètres; son seul but va être de faire franchir cette bouche à son tube pour lui permettre de pénétrer dans l'œsophage. La présence d'un sphincter circulaire, décrit par Killian, formé aux dépens du

muscle constricteur inférieur du pharynx et qui apparaît sur le vivant sous forme d'un bourrelet saillant sous la muqueuse, explique la difficulté que l'opérateur va éprouver pour pénétrer dans l'œsophage; ce sera son deuxième obstacle. Cette bouche, en effet, est constamment fermée par ce sphincter qui est en contraction permanente; d'un autre côté, le châton cricoïdien et la colonne vertébrale sont accolés l'un à l'autre, ne laissant pas ou peu d'espace entre eux. Il y a donc là une grande cavité dont le sommet correspond au sphincter et dont la base se continue avec le pharynx; c'est l'hypopharynx de Mickulicz. Rien n'est donc quelquefois plus difficile que de pénétrer dans la bouche œsophagienne. Chez certains sujets il y a un spasme considérable de tout ce sphincter circulaire dont nous venons de parler, spasme qui est encore augmenté par la présence du tube et la bouche de l'œsophage reste absolument fermée. Là encore il faut avoir recours à la cocaïne, en user largement et l'œil de l'œsophagoscopiste devra être très attentif. A l'aide d'un porte-coton, on va cocaïner avec douceur le point précis que l'on se propose de franchir; on pèse légèrement sur cette fente, un peu à droite de la ligne médiane. Sous cette pesée les lèvres semblent se déplisser et, tout à coup, surtout si le contact du tube avec la paroi postérieure du pharynx donne des mouvements de nausée et des contractions, l'on voit la bouche de l'œsophage s'ouvrir. C'est alors que l'œsophagoscopiste ne perdra pas une seconde et qu'il fera pénétrer le tube dans l'œsophage. Le châton cricoïdien constitue le troisième obstacle; il y a peu de place,

avons-nous dit, entre le cartilage cricoïde et la colonne vertébrale ; le tube aura beaucoup de difficulté à passer en arrière du châton cricoïdien et il accrochera très facilement les aryténoïdes. Nous n'avons jamais eu recours à des sondes en gomme destinées à refouler en avant le cricoïde et à écarter les aryténoïdes ; divers auteurs, estimant que la bouche œsophagienne peut être plus aisément franchie par une sonde en gomme que par le tube œsophagoscopique, préconisent cette dernière méthode.

Les uns introduisent une longue sonde en gomme sur laquelle ils font ensuite glisser le tube ; les autres (Guisez) introduisent le mandrin au moment précis où l'on franchit la bouche de l'œsophage.

Nous n'avons jamais utilisé ces procédés et n'avons pas remarqué que l'introduction du tube fut moins facile et plus douloureuse pour le malade.

Nous avons toujours cocaïné largement tout en pesant légèrement sur la fente œsophagienne et un peu à droite de la ligne médiane. Un bon procédé, que nous avons vu employer par le professeur Peugniez, consiste à saisir le larynx entre le pouce et les quatre autres doigts et à l'attirer en avant ; on sépare ainsi le châton cricoïdien de la colonne vertébrale et le tube peut passer aisément. C'est le même but que poursuivent certains auteurs en priant le malade d'exécuter des mouvements de déglutition. Le châton cricoïdien étant franchi, on se trouve dans la portion cervicale supérieure de l'œsophage ; on ramène le tube sur la ligne médiane et l'on prie l'aide de vouloir bien relever un peu la tête du

malade, ce qui facilitera la descente du tube. Ce premier temps du passage du tube à travers la bouche œsophagienne est on ne peut plus important; là, plus qu'ailleurs, l'œsophagoscopiste devra opérer avec la plus grande douceur possible; qu'il ne se presse pas et surtout qu'il ne s'impatiente pas. Il peut se faire que le malade ne supporte pas bien le contact du tube; il a des nausées; la salivation exagérée due à l'emploi de la cocaïne l'irrite, le fait tousser, l'asphyxie; le malade a la figure congestionnée, il veut se lever et sa main veut empêcher celle de l'opérateur de continuer ses manœuvres. L'œsophagoscopiste sera prudent; il retirera son tube, cocaïnera largement et, au bout de quelques instants, recommencera la manœuvre. Si, après quelques tentatives, le tube n'est pas mieux toléré, il n'insistera pas et, sagement, saura remettre son examen au lendemain ou au surlendemain, se réservant le soin de préparer son malade. La hauteur de cette bouche œsophagienne est variable; elle est ordinairement située à 15 cent. des arcades dentaires chez l'homme, 13 cent. 5 chez la femme.

C'est une moyenne, bien entendu; chez une malade dont nous rapportons plus bas l'observation elle était située à 12 cent. 5 des arcades dentaires.

c) **Exploration de l'œsophage cervical**. — L'œsophagoscopiste étant dans le bon chemin, il n'a plus qu'à le suivre progressivement, tout doucement, toujours sous le contrôle de la vue. Les parois de l'œsophage cervical, dont la muqueuse est franchement rosée, sont accolées et l'opérateur devra avancer avec précaution car il ne verra pas loin devant lui; il pourra voir néan-

moins à un ou deux centimètres car, à l'extrémité du tube, l'œsophage présente un aspect conique, en entonnoir, de un à deux centimètres de longueur.

Sous les yeux, s'aidant de temps en temps de cocaïne si besoin est, l'œsophagoscopiste va donc voir la muqueuse œsophagienne se déplisser : les deux lèvres de la fente transversale sous laquelle nous apparaît la partie haute de l'œsophage cervical semblent fuir; un peu plus bas, cette fente transversale disparaît et l'œsophage prend une forme étoilée; comme dans la partie haute de l'œsophage, les parois sont encore exactement adossées, intimement accolées l'une à l'autre. On continue à avancer avec précaution et, de temps en temps, on regarde la graduation du tube pour savoir à quelle hauteur on se trouve. Brusquement les choses changent complètement d'aspect; les parois œsophagiennes, qui étaient si étroitement adossées, s'écartent l'une de l'autre, circonscrivant une cavité dans laquelle le tube œsophagoscopique pourra descendre librement, sans en toucher les parois, dont l'œil de l'observateur pourra voir, et de très loin, tous les détails. De franchement rosée qu'elle était dans l'œsophage cervical, la muqueuse est devenue d'un rose plus pâle. Nous sommes dans la portion thoracique de l'œsophage; la graduation indique 22 à 23 centimètres.

d) **Exploration de l'œsophage thoracique**. — Nous allons trouver cette cavité pendant tout le trajet intrathoracique; fusiforme, elle va aller en s'effilant jusqu'au cardia qui va la fermer. C'est encore là une divergence de vue entre les données anatomiques clas-

siques et l'anatomie œsophagoscopique. Les classiques, en effet, nous décrivent un œsophage à cavité virtuelle, à parois accolées, en un mot comme un canal fermé. Nous venons de voir qu'il n'en est pas ainsi. Les divergences de vue, avons-nous dit plus haut, tiennent à ce que les classiques étudient l'œsophage sur le cadavre, tandis que l'œsophagoscopiste l'étudie sur le vivant. En effet, c'est le vide intrathoracique qui maintient écartées les parois œsophagiennes qui suivent les mouvements respiratoires, se dilatant pendant l'inspiration, revenant sur elles-mêmes, au contraire, pendant l'expiration. Contrairement à la portion cervicale, la portion thoracique est donc mobile et très accidentée; à la partie inférieure de l'œsophage cervical néanmoins, au moment d'entrer dans l'œsophage thoracique, on commence, pendant les inspirations profondes, à voir les parois animées de mouvements isochrones aux mouvements respiratoires. Chemin faisant, on va rencontrer, à 22 ou 23 centimètres, quelquefois plus, quelquefois moins, sur la paroi antérieure et à gauche, une voussure animée de battements se propageant à toutes les parois ; c'est le rétrécissement aortique que nous avons toujours mieux « senti que vu. »

En effet, dès que l'on arrive sur lui, l'aorte transmet ses battements au tube et les doigts, tenant délicatement ce dernier, perçoivent nettement les pulsations ; l'œsophagoscopiste doit « se mettre cette sensation dans les doigts » ; les mouvements transmis à la paroi sont également dus au cœur; c'est dans la région de la crosse aortique dont nous venons de parler et dans la région

du cardia que ces battements sont le mieux perçus. Cette notion de cavité de l'œsophage est très importante à connaître. L'œil voit à plusieurs centimètres au devant du tube; il va donc être prévenu de tous les obstacles qui vont surgir sur sa route et si la paroi est ulcérée, friable, si un cancer ou un anévrysme la rendent particulièrement fragile, comme le tube a de la place pour se mouvoir, il n'y a donc aucun danger qu'il lèse cette paroi.

Du reste, si l'on veut franchir sans danger ce rétrécissement aortique, on dirige le tube à droite en portant son extrêmité supérieure dans la commissure gauche.

Le tube étant remis en position normale, on continue et, à 23 centimètres environ des arcades dentaires, un peu plus bas que le rétrécissement aortique, on rencontre, sur la paroi antérieure et à gauche, un nouvel obstacle constitué par le rétrécissement bronchique.

Pour notre part nous n'avons jamais éprouvé de grandes difficultés à le franchir; souvent même nous ne l'avons pas vu. Quelquefois, notre tube ayant buté sur la saillie que dessine, sur la paroi antérieure de l'œsophage, la bronche gauche, comme pour le rétrécissement aortique, nous avons dirigé le tube à droite en portant son extrêmité supérieure dans la commissure gauche.

En parlant du vide intrathoracique qui maintenait écartées les parois de l'œsophage, nous avons été amené à parler des mouvements respiratoires que nous avons pu parfaitement observer et qui sont on ne peut plus nets dans cette région thoracique. Ayant conduit un jour, au docteur Guisez, une malade dont nous rapportons plus bas

l'observation et qui avait dégluti son corps étranger depuis le dernier examen, nous avions entendu dire par cet œsophagoscopiste et ce bronchoscopiste distingué que l'on pouvait observer, parfois, à l'œsophagoscope, les mouvements péristaltiques de l'œsophage; ceci arrivait, par exemple, lorsque, usant de la cocaïne pour un corps étranger, cette dernière levait le spasme qui le maintenait enclavé dans la muqueuse; on voyait alors ce dernier progresser sous l'influence des mouvements de va-et-vient, de resserrement et de dilatation des parois œsophagiennes. Il ne nous a malheureusement jamais été donné d'observer ces mouvements péristaltiques, pas plus que les mouvements antipéristaltiques.

Nous voilà donc arrivé au-dessous du rétrécissement bronchique. Il va sans dire que, pendant toute cette descente, pendant tout ce trajet, l'œsophagoscopiste se servira de tous les instruments dont nous avons parlé tout à l'heure, qui sont à portée de sa main droite et qui sont destinés à lui rendre l'examen plus facile. S'il éprouve de la difficulté à avancer à cause d'un spasme, il introduira un porte-coton avec un tampon imbibé de cocaïne; y a-t-il un peu de mucosités? de sang? un tampon sec monté sur porte-coton va assécher la paroi; un point de la muqueuse saigne-t-il? un ulcère? un fragment de tumeur? le porte-coton lui rendra encore service en allant toucher le point saignant avec un tampon imbibé de la solution d'adrénaline, au $\frac{1}{1000^{e}}$; la salivation est-elle très abondante? un spasme violent, une plaie cicatricielle a-t-elle fait se

former une vaste poche remplie de mucus? la pompe à salive va lui permettre de vider instantanément cette cavité et de continuer son examen.

c) **Exploration de l'œsophage cardiaque**. — Lorsque nous avons pénétré dans la portion thoracique de l'œsophage, nous nous sommes trouvé dans une cavité qui nous a paru facile à examiner car on y était à l'aise et l'on voyait assez loin au bout du tube. En continuant l'examen, depuis le rétrécissement bronchique, on voit les parois œsophagiennes se rapprocher et, de loin, avant même d'y arriver, on aperçoit la région cardiaque de l'œsophage. Ce n'est plus là la vaste cavité de l'œsophage thoracique ; ce n'est pas néanmoins un œsophage aux parois aussi étroitement accolées que l'œsophage cervical; c'est une sorte d'entonnoir dans lequel le tube pénètre assez facilement, la cocaïne aidant. Devant lui les parois se déplissent; on prie l'aide de reporter la tête en hyperextension et, portant l'extrêmité supérieure du tube dans la commissure droite, l'extrêmité inférieure se dirige vers la gauche ; on voit alors un orifice qui est le cardia. Cet orifice donne parfois issue à un peu de liquide qui reflue de l'estomac; on l'assèche avec des tampons d'ouate montés sur les porte-cotons; s'il le faut, un autre porte-coton y promène un tampon d'ouate imbibé de cocaïne et, en insistant légèrement, progressivement, on voit les parois s'écarter, les deux lèvres de l'orifice s'ouvrir ; le tube s'y engage et l'œil de l'œsophagoscopiste note aussitôt une différence très nette de coloration de la muqueuse qui, du rose pâle, passe au rouge foncé et qui vient lui annoncer qu'il est

dans l'estomac. Le tube marque 40 à 45 centimètres. Avant de faire nos examens œsophagoscopiques nous avions pensé que, dès que nous aurions pénétré dans l'estomac, nous nous trouverions dans une vaste cavité dans laquelle notre tube serait libre, dont nous ne verrions même pas la paroi; nous avions même pensé à adapter un dispositif spécial à l'extrémité de l'œsophagoscope nous permettant d'explorer toute la superficie de la muqueuse gastrique et d'aller porter un diagnostic précis de siège et de nature des principales lésions, parfois si difficiles à diagnostiquer. L'expérience nous a appris qu'il n'en était rien: le cardia une fois franchi, la muqueuse stomacale vient faire hernie en quelque sorte dans la lumière du tube et, si l'on n'était pas averti de cette particularité du changement de coloration de la muqueuse, si l'on n'avait pas reconnu la région cardiaque en la franchissant, on serait convaincu d'être encore dans l'œsophage.

E. — Description d'un nouvel œsophagoscope.

L'éclairage fourni par le Brünings nous avait semblé si parfait que, depuis quelque temps, nous avions prié notre maître M. le Professeur Peugniez de nous aider de ses précieux conseils et de son ingéniosité d'artiste pour construire un œsophagoscope qui, tout en conservant l'éclairage du Brünings, obvierait à l'inconvénient reproché à ce dernier appareil, à savoir l'obstacle apporté par le système oculaire à l'introduction des pinces et porte-cotons.

Pour arriver à ce but, on pouvait écarter davantage les deux parties du miroir séparées normalement par la fente étroite destinée à la vision ; à chaque partie latérale aurait été annexée une petite lampe. L'opérateur aurait donc pu, par le même orifice, examiner l'œsophage et faire passer ses instruments.

On pouvait également, toujours dans le même but, disposer trois miroirs sur la circonférence du tube, chacun éclairant 1/3 de la lumière du conduit; le centre serait libre et permettrait la vision et l'introduction des instruments.

Le professeur Peugniez, tournant plus élégamment encore la difficulté, a imaginé un appareil qui est à la fois tube œsophagoscopique et pince : donc rien à introduire dans le tube pour saisir le corps étranger ; l'inconvénient du système oculaire gênant les manœuvres est par là même supprimé. Nous l'avons expérimenté sur le cadavre et sur des chiens; il nous a donné toute satisfaction; nous allons du reste le décrire.

Œsophagoscope à griffes de préhension de Peugniez (d'Amiens).

(Un modèle de cet appareil, un peu schématique et destiné uniquement à nos expériences sur le cadavre et sur les chiens, a été très obligeamment construit sur notre demande, par notre distingué constructeur électricien Ropiquet, d'Amiens).

Description et technique. — Le système d'éclairage est constitué par une poignée P dont l'extrémité inférieure porte une mortaise destinée à recevoir le tenon

du tube œsophagoscopique que maintient une vis O.

A l'extrémité supérieure qui reçoit les fils est fixée la lampe dont le faisceau lumineux, reçu par un miroir à 45° percé d'un trou, est renvoyé dans l'intérieur du tube.

L'ensemble est enfermé dans une gaîne arrêtant la lumière qui éblouirait l'observateur. Celui-ci regarde par un œilleton V percé dans cette gaîne.

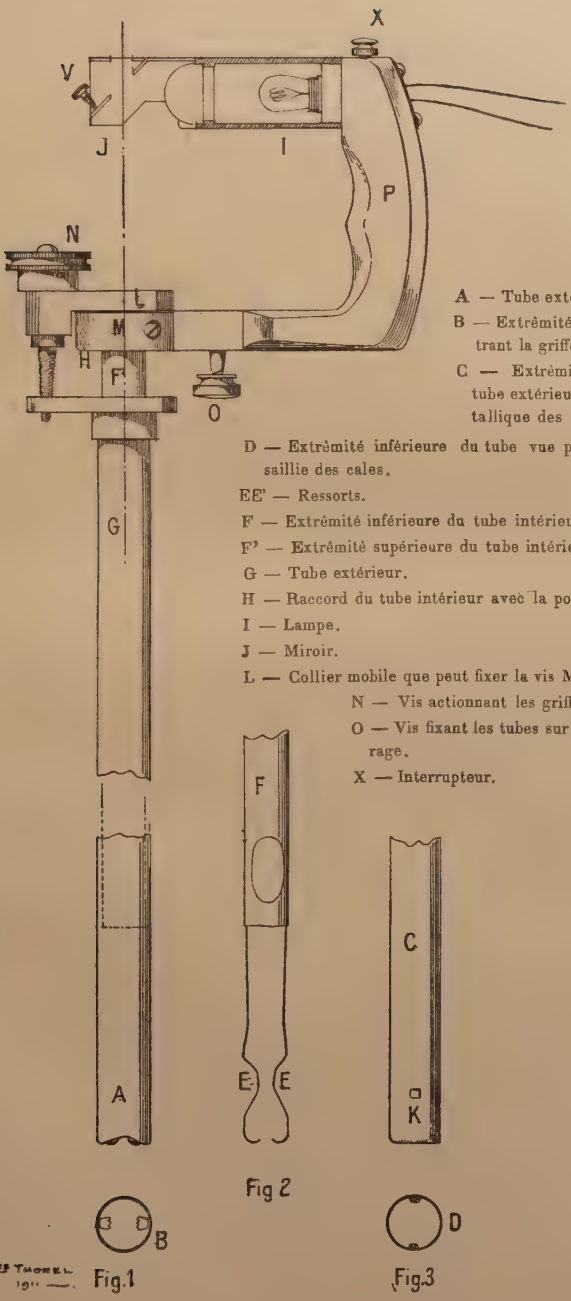
Un interrupteur portant un bouton X est placé à portée du pouce maintenant la poignée P.

Le tube est constitué par deux manchons métalliques concentriques F,G, dont l'ensemble peut tourner autour de leur axe commun dans un collier H fixé par une vis de pression O dans une mortaise de l'appareil éclaireur. Ces deux tubes peuvent glisser l'un sur l'autre, le tube extérieur remontant le long du tube intérieur, par l'intermédiaire d'une vis N. Le premier a 9 millimètres de diamètre intérieur, le second 8 millimètres 5.

Le tube intérieur porte deux ressorts coudés EE', dont les extrémités en forme de griffes sont éloignées l'une de l'autre à l'état de repos et affleurent l'extrémité inférieure du tube extérieur. Dans cette position, deux taquets métalliques, rivés en K sur le tube extérieur, abritent leur saillie dans les courbes rentrantes des ressorts.

Lorsqu'on actionne la vis N, le tube extérieur remonte, démasque les griffes et les taquets faisant pression sur les portions supérieures, rigides et rectilignes des ressorts les rapprochent de façon que les griffes peuvent venir au devant l'une de l'autre saisir un corps étranger.

La mobilité de la source lumineuse et du capuchon



A — Tube extérieur.

B — Extrémité inférieure montrant la griffe au bout.

C — Extrémité inférieure du tube extérieur avec la cale métallique des ressorts, K.

D — Extrémité inférieure du tube vue par le haut avec la saillie des cales.

EE' — Ressorts.

F — Extrémité inférieure du tube intérieur.

F' — Extrémité supérieure du tube intérieur.

G — Tube extérieur.

H — Raccord du tube intérieur avec la poignée P.

I — Lampe.

J — Miroir.

L — Collier mobile que peut fixer la vis M.

N — Vis actionnant les griffes.

O — Vis fixant les tubes sur le système d'éclairage.

X — Interrupteur.

Fig 2

Fig.1

Fig.3

OEsophagoscope de Peugniez.

G. STEINHEIL, Éditeur.

portant le miroir dans l'éclaireur de Brünings devient inutile puisqu'il n'y a plus d'instruments à introduire dans le tube. Toutes ces pièces sont fixes.

Le plateau qui termine le tube extérieur est noirci pour éviter, dans l'œil de l'observateur, les reflets des rayons lumineux envoyés sur lui par le miroir.

Comme c'est le tube extérieur G qui subit le retrait, il n'y a pas à craindre qu'un mouvement de projection chasse le corps étranger devant l'appareil. Dès que les griffes sont à son contact, on les oriente, grâce à la mobilité des tubes autour de leur collier H, dans le sens le plus favorable pour le saisir. Une vis M permet alors d'immobiliser l'ensemble de l'appareil. Mais les tubes peuvent encore glisser l'un sur l'autre et, sous l'action de la vis N, les griffes, peu à peu, se démasquent et se ferment sur le corps étranger. Il n'y a plus qu'à retirer le tout pour extraire ce corps étranger.

L'introduction du tube ne présente rien de spécial : on allume la lampe I et on engage l'instrument dans l'œsophage comme nous l'avons vu en étudiant la technique. On perçoit alors, dans l'intérieur du tube, la légère saillie formée par l'incurvation des ressorts : mais celle-ci est insignifiante par rapport à l'étendue du champ visuel et ne gêne en rien l'exploration (fig. 3. D). La vis M est serrée. La vis N a été réglée de telle façon que les griffes, ouvertes, affleurent l'extrêmité du tube sans y faire aucune saillie. Dès que le corps étranger est visible, on en analyse les détails de forme, on en apprécie les saillies, les parties susceptibles de servir de prise et, en desserrant la vis M, on fait tourner le tube de façon à

orienter l'extrémité des ressorts dans le sens le plus favorable à la saisie. Cette orientation est rendue définitive par un tour donné à la vis M. L'opérateur, actionnant alors le vis N, abat lentement et sûrement les griffes sur le corps étranger.

En résumé, dans cet appareil, c'est le tube œsophagoscopique lui-même qui devient, après avoir été l'instrument d'exploration, l'agent de préhension.

CHAPITRE III

Difficultés de la technique.

En développant notre manuel opératoire, nous avons noté, chemin faisant, les difficultés de la manœuvre nécessitant des temps d'arrêt, parfois même la remise de l'opération à une autre date. Nous allons les résumer brièvement, en notant également les principales difficultés que nous avons rencontrées dans nos examens.

L'introduction du tube dans la gorge est désagréable, provoque des nausées, surtout chez les nerveux, les prédisposés : user de la cocaïne, opérer avec douceur, rassurer son malade, le faire respirer largement.

L'hyperextension de la tête fait quelquefois bomber en avant la portion cervicale de la colonne vertébrale sur laquelle le tube vient buter; certains malades ont des malformations (cyphose dont nous rapportons une observation); d'autres ont le cou très court et ne peuvent renverser la tête; d'autres enfin ne peuvent ouvrir la bouche ou ont les dents de devant trop longues; pour ce dernier cas, certains œsophagoscopistes n'hésitent pas à les extraire. Nous avons toujours vaincu toutes ces difficultés en entrant par l'une ou l'autre des commissures labiales, la tête étant tournée du côté opposé.

Le passage du tube à travers la bouche de l'œsophage constitue le temps le plus difficile et le plus délicat de l'œsophagoscopie, car elle n'est pas très commode à trouver, surtout pour les débutants.

Elle est fermée à l'état normal (sphincter de Killian) et le contact du tube met ce sphincter en état de contracture.

Le tube accroche les aryténoïdes; il n'y a pas beaucoup de place entre le chaton cricoïdien et la colonne vertébrale.

Là, encore, il faut :

Aller doucement et prudemment;

User *larga manu* de la cocaïne;

Rassurer le malade;

Le faire respirer largement.

Peser légèrement, avec douceur, sur la bouche œsophagienne;

Savoir remettre l'intervention au lendemain.

L'honneur de l'œsophagoscopiste n'est nullement en jeu; il n'en fera pas une question d'amour-propre; on a le droit de ne pas pouvoir réussir une œsophagoscopie et mieux vaut ne pas passer pour « un opérateur brillant » que de mettre en danger la vie de son malade.

Le tube ayant franchi la bouche de l'œsophage, le malade respire parfois difficilement en raison de la compression exercée par le tube sur le larynx.

Rassurer le malade, lui dire que c'est l'affaire d'un instant et que bientôt la respiration va reprendre son cours normal.

Les rétrécissements aortiques et bronchiques n'offrent

pas d'obstacle à proprement parler; on les franchira très aisément, en tous cas, en portant l'extrémité inférieure du tube à droite, son extrémité supérieure étant dirigée dans la commissure gauche.

Pour franchir le cardia, on éprouve quelquefois un peu de difficulté; cocaïner et diriger le tube vers la gauche. Toujours pour les mêmes raisons (ulcérations de la muqueuse, perforation), nous n'employons pas les mandrins qui, paraît-il, permettent de franchir plus facilement le cardia.

La salivation excessive, les mucosités, le sang, peuvent gêner l'examen : injection d'un milligramme d'atropine pour la salive; attouchements à l'adrénaline au 1/1000e pour les points saignants; assèchement avec tampons d'ouate montés sur porte-cotons ou avec la pompe à salive si la salivation est exagérée ou s'il y a une poche à vider.

CHAPITRE IV

Contre-indications.

Y a-t-il des contre-indications à l'œsophagoscopie et d'abord peut-on œsophagoscoper sans inconvénient tout le monde, grands et petits? Il y a donc lieu d'envisager successivement les contre-indications dues à l'âge et les contre-indications pathologiques.

A. — Contre-indications dues a l'age.

a) Les plus jeunes malades chez lesquels nous avons pratiqué ou vu pratiquer une œsophagoscopie avaient 5 et 6 ans; chez certains, les manœuvres avaient été particulièrement longues et pénibles; la jeune F... Suzanne, âgée de 5 ans, dont nous rapportons plus bas l'observation, avait subi deux œsophagoscopies à peu de temps d'intervalle; tous ces petits malades ont parfaitement supporté l'intervention. Nous n'avons même pas été arrêté, comme on l'est habituellement chez les adultes, par l'obstacle constitué par la bouche œsophagienne qui, chez les enfants, est constamment ouverte. Nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer des œsophagoscopies sur des malades plus jeunes; le docteur Guisez a été appelé, pour des cas d'urgence, à œsophagoscoper

des enfants de 11 mois; il estime néanmoins que l'on ne doit pas considérer l'œsophagoscopie praticable chez les enfants avant 1 an ou 2.

b) Pour les vieillards, au contraire, il nous paraît plus difficile de fixer une limite; d'une manière générale, cependant, leur colonne vertébrale étant moins souple, l'hyperextension de la tête est plus difficile et l'on a de grandes difficultés pour faire pénétrer le tube œsophagoscopique.

Ces malades ont « l'âge de leurs organes » et l'on ne peut établir aucune comparaison entre le vieillard de 80 ans, aux organes sains, qui supportera parfaitement une œsophagoscopie et celui qui, quoique moins âgé mais débile, donnerait bien des soucis à l'œsophagoscopiste imprudent qui se serait risqué à intervenir.

B. — Contre-indications pathologiques.

Nous avons cru prudent de nous abstenir dans les cas suivants:

a) Le malade est moribond; c'est un cancéreux arrivé au stade ultime de la cachexie; si l'œsophagoscopie se passe sans accident, le malade est si faible que, dans les heures qui suivront, il pourra avoir une syncope qui l'emportera et la famille en manquera pas de rendre l'œsophagoscopiste responsable de ce dénouement fatal.

b) C'est un vaste cancer en chou-fleur, friable, suintant au moindre contact, ayant déjà donné lieu à des hémorragies antérieures qu'il est inutile de faire récidiver.

c) Dans certaines brûlures étendues (ingestion de

potasse caustique), nous avons toujours attendu quelque temps pour pratiquer l'œsophagoscopie. Le danger est la perforation et si, dans l'œsophage thoracique, on voit de loin, si le tube peut se promener librement sans toucher aux parois, nous savons en revanche qu'il n'en est pas de même pour les portions cervicale et cardiaque de l'œsophage.

d) Dans les affections pulmonaires (tuberculose, emphysème), les affections cardiaques (affections valvulaires mal compensées), les anévrysmes aortiques, l'abstention opératoire sera une chose prudente.

e) La cyphose a été considérée par certains auteurs comme une contre-indication ; nous avons pu néanmoins pratiquer aisément une œsophagoscopie chez un menuisier atteint de cyphose professionnelle dont nous rapportons plus bas l'observation.

f) Il faut éviter les œsophagoscopies pratiquées instantanément après avoir été décidées, alors que l'œsophagoscopiste manque d'outillage ou d'aides utiles, ce qui l'empêche de procéder avec toute la précision possible et nécessaire. L'opérateur évitera également d'intervenir le soir, en état de fatigue; c'est alors qu'il sera moins prudent, plus impatient et qu'il aura hâte de voir l'extrêmité de son tube pénétrer dans l'estomac.

Toutes ces contre-indications que nous venons d'énumérer, absolues dans certains cas, peuvent devenir parfois relatives; elles passeront au second plan lorsqu'un tuberculeux, par exemple, aura avalé un corps étranger obstruant complètement l'œsophage, empêchant toute alimentation.

C'est là une question vitale et il sera de toute nécessité d'aller enlever l'obstacle pour permettre au malade de s'alimenter.

Avant toute œsophagoscopie, en tous cas, l'opérateur pèsera le pour et le contre ; il examinera sérieusement les avantages que le malade pourra retirer de l'intervention et il pensera également aux accidents qui pourront se produire ; il ne pratiquera son examen, sauf en cas de nécessité absolue comme nous venons de le voir, que s'il le juge absolument inoffensif pour le malade.

Il ne faut pas oublier, en effet, qu'après une œsophagoscopie bien faite, par des mains expérimentées et adroites, dans de bonnes conditions de technique, d'outillage et d'assistance, on ne doit pas observer, chez le malade, la plus petite douleur, on ne doit pas noter la moindre élévation de température.

OBSERVATIONS

A. — Cancer de l'Œsophage.

OBSERVATION I (personnelle).

(Recueillie à la clinique du Docteur Labouré).

R.... Louis-Joseph, 56 ans, teinturier,

Antécédents héréditaires. — Père mort de vieillesse à 86 ans; mère morte à 66 ans de misère physiologique.

Antécédents collatéraux. — 2 sœurs et 4 frères en bonne santé; une sœur est morte à 60 ans consécutivement à l'ablation d'une tumeur du sein.

Antécédents personnels. — Soigné par nous, il y a 5 ans, dans le service du docteur Moulonguet, pour broiement de la main. Il n'a jamais été malade. Il y a 40 jours, le sujet a ressenti de violentes douleurs à l'estomac; en même temps sont apparus les vomissements qui tenaient la scène sitôt la déglutition. L'obstruction est absolue, même pour les liquides. Il y a 8 jours, néanmoins, le lait a commencé à pouvoir passer; depuis hier, l'obstruction est de nouveau complète. Le malade qui a considérablement maigri n'a jamais vomi de sang, n'a jamais eu de mélœna; son teint est légèrement jaune paille, le système ganglionnaire est indemne.

Le 19, nous pratiquons une œsophagoscopie. Après injection d'atropomorphine, anesthésie du pharynx à la cocaïne, le malade étant placé dans la position de Rose, nous introduisons dans l'œsophage, directement, sans mandrin, le tube de 15 millimètres de diamètre que nous conduisons avec prudence. Il passe très facilement. Arrivé à 19 centimètres des

arcades dentaires, nous apercevons un diaphragme semi-lunaire, animé de battements, coïncidant avec le pouls; c'est le rétrécissement aortique. A ce niveau, la muqueuse de l'œsophage a changé d'aspect; elle n'est plus rose clair, mais bien rosée, avec quelques marbrures rougeâtres, elle n'est plus lisse, mais présente des épaisissements irréguliers.

La question se pose de savoir si nous sommes bien en présence du néoplasme de l'œsophage que nous cherchons ou s'il s'agit simplement d'une propagation à distance. Nous dépassons la lésion en portant le tube dans la commissure gauche pour éviter d'érailler la muqueuse ; chemin faisant, nous continuons de cocaïner et, arrivé un peu plus profondément, nous reportons le tube dans la commissure droite pour nous trouver dans la direction de l'extrêmité inférieure de l'œsophage. A 31 centimètres des arcades dentaires, nous notons à nouveau quelques marbrures qui se précisent à 35 centimètres sous forme de 2 ou 3 pustules rouge groseille. Nous cocaïnons de nouveau, nous prions l'aide d'augmenter l'hyperextension de la tête et nous augmentons nous-même la direction oblique gauche du tube et, à 38 centimètres, nous sommes arrêté définitivement par la tumeur squirreuse qui provoque, à cause du voisinage du cardia, un spasme violent sous-jacent qui ne permet pas d'aller au-delà. C'est à cette position sus-cardiaque du néoplasme qu'est dû le spasme survenu hier brusquement, qui a empêché l'introduction d'aliments même liquides.

Antérieurement ce spasme se produisait déjà par intermittence, d'où séjour prolongé des aliments et des liquides dans l'œsophage qui s'est transformé en une véritable poche, ce qui explique la facilité avec laquelle nous avons pu pratiquer l'œsophagoscopie dans ses premiers temps. Une salivation excessive, due au large emploi que nous avons fait de la cocaïne, nous a forcé d'interrompre de temps en temps nos recherches : grâce à la pompe à salive, nous avons pu de nouveau voir clair et continuer notre examen.

Observation II (personnelle).

(Hôtel-Dieu d'Amiens. Service du docteur Peugniez. Lit. N° 41).

G... Célestin 77 ans. Manouvrier.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 75 ans d'accident. Mère morte à 72 ans d'une affection que le malade ne peut pas préciser.

Antécédents collatéraux. — Femme morte à 52 ans d'une tumeur utérine (Epithélioma?) ; 4 enfants tous en excellente santé sauf l'aînée qui est une minus habens.

Antécédents personnels. — A eu le scorbut étant soldat. Il y a 3 mois, le malade a commencé à souffrir de la gorge; la déglutition est difficile; le pain, la viande passent difficilement, puis plus du tout. Il y a 6 semaines, l'obstruction a commencé à se faire même pour les liquides. Le malade vomit dès l'introduction des aliments dans la bouche. Il y a trois semaines, le malade a constaté que des filets de sang striaient ses vomissements; pas de melœna; la recherche des ganglions ne donne aucun renseignement important ; l'amaigrissement a été considérable, Le malade entre dans notre service le 11 avril 1911 et, dans l'après-midi même, nous pratiquons une œsophagoscopie.

Après une injection sous-cutanée d'atropomorphine, anesthésie du pharynx à la cocaïne, le malade est mis dans la position de Rose. Nous introduisons d'abord le tube de 11 millimètres qui passe on ne peut plus facilement; à 19 centimètres des arcades dentaires, nous constatons une petite pustule à gauche et de petites tâches marbrées diffuses; nous les suivons jusqu'à une distance de 21 cent 5. Pour voir plus distinctement, nous introduisons le tube de 13 millimètres et, à 24 centimètres des arcades dentaires, on constate une tumeur rouge, bourgeonnante, qui en impose pour un épithélioma. Cette tumeur saigne et, pour la voir nettement, nous épongeons le sang avec des porte-cotons. Nous portons le dia-

gnostic d'épithélioma de l'œsophage, situé dans la région broncho-aortique, à 9 centimètres du cricoïde; et nous décidons d'intervenir.

Le lendemain 12 avril, le docteur Caraven, chef de clinique chirurgicale, pratique une gastrostomie. Le malade étant sous le chloroforme, il incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la ligne blanche, le péritoine ; il arrive sur la face antérieure de l'estomac et très près du cardia, saisit la paroi antérieure de l'estomac avec 2 pinces de Kocher entre lesquelles il l'incise et, dans la brèche ainsi faite, il passe une sonde molle. Par une série de points en surjet, il isole la plaie stomacale de la grande séreuse et il fixe la bouche à la peau. Le malade est alimenté avec du lait qu'il prend encore par la bouche pendant quelques jours. Le malade allait bien lorsque brusquement, sans que l'on sache pourquoi, il mourut le 24 à 6 heures du matin.

Observation III (personnelle).

(Recueillie à la clinique du Docteur Labouré).

Madame H..., 56 ans.

Opérée il y a 4 ans de cancer de l'utérus par le Docteur Pauchet. La malade est adressée par le Docteur Verrier (d'Albert), le mercredi 25 août, pour corps étranger de l'œsophage. Le dimanche précédent, 22 août, en mangeant du poulet, elle a avalé un petit os qui, d'après elle, s'est arrêté au niveau du cardia (elle indique nettement, en effet, la région de l'appendice xyphoïde) et depuis, il est toujours là; hier, cet os a provoqué des douleurs très violentes. La malade paraît un peu agitée, nerveuse et nous soupçonnons un peu de suggestion dans la présence de son corps étranger. Aussi, avant de pratiquer l'œsophagoscopie, nous l'envoyons au Docteur Degouy en priant ce dernier de vouloir bien nous faire un examen radioscopique. La malade avale successivement 3 cachets de bismuth grand modèle et, sur l'écran, on

les vit arriver dans l'estomac en un seul temps, sans qu'ils aient eu à subir le plus petit arrêt pendant toute la traversée de l'œsophage.

La malade, persuadée qu'elle n'a pas de corps étranger ainsi que le lui a révélé la radioscopie, estime que ce n'est plus la peine de se prêter à un examen œsophagoscopique: nous émettons quand même l'hypothèse, devant elle, qu'il peut s'agir d'un ulcère de l'œsophage qui a traduit sa présence à l'occasion d'une irritation provoquée par le passage de l'os de poulet (corps étranger révélateur) et qu'elle aurait quelquefois beaucoup à gagner en se faisant faire une œsophagoscopie. La malade ne veut pas tenir compte de ces avis et repart chez elle. Le lendemain, elle est prise à nouveau de douleurs très vives, télégraphie à la clinique implorant un rendez-vous pour le lundi 5 heures du soir. Nous l'acceptons et, au jour et à l'heure fixés, en présence du Docteur Verrier, nous pratiquons une œsophagoscopie. La malade est très indocile, une piqûre d'atropo-morphine n'amène aucun calme; nous devons user « *larga manu* » de la cocaïne; le spasme de la bouche œsophagienne est très violent et ne cède qu'au bout d'un quart d'heure. Nous pénètrons d'abord avec un tube de faible diamètre permettant de cocaïner la muqueuse et nous le remplaçons ensuite par un tube d'un diamètre plus grand. Au niveau du rétrécissement aortique, nous trouvons, sur la gauche, une saillie allongée, d'avant en arrière, et portant, en son milieu, une petite pustule rougeâtre qui se met à saigner au contact du tube. Un moment, nous craignons même d'avoir affaire à un anévrysme car toute la région est animée de battements d'origine aortique; mais ce sont des battements transmis à distance, il ne s'agit pas d'une poche anévrysmale à paroi voussurée, animée à la fois de battements et de mouvements d'expansion, de soulèvements rythmiques caractéristiques.

Nous pénétrons plus avant mais le tube n'ayant que 38 centimètres de long, nous le remplaçons par un tube de 47 centi-

mètres qui permet de pousser plus avant jusque dans la région cardiaque. A 39-40 centimètres, nous retrouvons des taches marbrées rougeâtres, donnant de petites ecchymoses au contact du tube; plus avant nous sommes arrêté par une grosse tumeur rougeâtre, saignant facilement, formée de petits lobes concentriques, ayant tous les caractères d'un épithélioma œsophagien, constituant un véritable mur qui arrête le tube. Les différentes parties de la circonférence sont explorées pour bien confirmer l'impression première.

Les manœuvres furent faites avec douceur pour éviter une hémorragie trop considérable gênant l'examen; l'évidence du cancer était telle que nous ne crûmes pas devoir faire une prise œsophagoscopique. Il s'agit ici d'un cancer cylindrique à forme végétante, secondaire au cancer utérin, propagé à toute la paroi (celluleuse, sous-muqueuse), avec point initial au-dessus du cardia et s'étant étendu, en hauteur, jusqu'au niveau du rétrécissement aortique où il s'est fait jour, à travers la muqueuse, sous forme d'une petite pustule signalée au passage.

Le corps étranger n'a donné de lésions que parce qu'il y avait un cancer très volumineux et qu'on pouvait blesser faiblement.

Il est curieux de noter, qu'avec un tel cancer, les 3 cachets de bismuth aient été si facilement avalés que nous pensions nous trouver en présence d'un œsophage normal.

Observation IV (personnelle).

(Recueillie à la clinique du Docteur Labouré).

M. D..., 52 ans, de Corbie.

Son père est mort d'obstruction œsophagienne. Il vient consulter parce qu'il avale difficilement depuis 6 mois. Il a maigri de 20 à 25 livres; pas de vomissement alimentaire, pas d'hématémèse. Ce malade souffre en avalant et indique un point douloureux à la hauteur du cricoïde.

OEsophagoscopie le mardi 28 mai. Anesthésie locale. Introduction du tube de 13 millimètres de diamètre. Spasme de la bouche œsophagienne qui nous arrête un quart d'heure. Enfin il cède et, à 19 centimètres des arcades dentaires, nous notons un premier changement de coloration de la muqueuse, un petit liseré de piqueté hémorragique; à 20 centimètres la paroi semble épaissie, raidie, immobilisée; il y a là un rétrécissement considérable et des bourgeons qui saignent légèrement.

L'obstruction n'est pas suffisante pour empêcher l'amélioration; nous ne conseillons pas la gastrostomie, mais nous adressons le malade au docteur Guisez pour application de radium; ce dernier traitement améliore sérieusement notre malade. Nous le revoyons le 11 octobre 1911; il ne peut plus avaler quoique ce soit et, pour la première fois, à l'œsophagoscopie, nous notons que la masse cancéreuse est devenue circulaire avec toujours prédominance au niveau de la saillie aortique. A ce niveau, 4 ou 5 pustules viennent de faire leur apparition; nous notons, en plus, que le cancer ne présente pas de masse volumineuse en chou-fleur suffisante pour expliquer une obstruction mécanique absolue.

Cette dysphagie absolue et complète est d'ordre physiologique et les observations multipliées que nous avons pu faire chez ce malade nous conduisent à admettre que la dysphagie vraie n'apparaît qu'à la suite de l'envahissement circulaire de l'œsophage. Il faut une suppression physiologique complète de la muqueuse et de la musculeuse, il faut des lésions profondes et non « à fleur de muqueuse », si nous pouvons nous exprimer ainsi.

Observation V

Docteur Labouré. — Observation publiée succinctement dans la *Gazette médicale de Picardie*, juin 1910.

Monsieur C... menuisier à Conty.

Le malade vient nous voir, à la clinique du docteur Labouré, pour hématémèses; après avoir toussé quelques mois, il s'est

mis à cracher du sang. Actuellement on constate des ganglions sus-claviculaires, de la difficulté de la déglutition.

Après anesthésie générale au chloroforme, badigeonnage à la cocaïne, nous enfonçons le tube œsophagoscopique qui pénètre avec assez de difficulté, pas trop cependant, en raison de la cyphose professionnelle du malade. A 25 centimètres des arcades dentaires, nous apercevons la lumière de l'œsophage complètement obstruée par une tumeur bourgeonnante, œdémateuse, qui saigne au moindre contact. Nous posons le diagnostic de cancer et prélevons un fragment de la tumeur. Le microscope (M. Fiquet) montra qu'il s'agissait d'un épithélioma caractéristique.

Observation VI (Inédite)

(Recueillie à la clinique du Docteur Peugniez).

Monsieur G...., 52 ans. Sans jamais se griser, prenait quotidiennement une grande quantité d'apéritifs, surtout de l'ab-

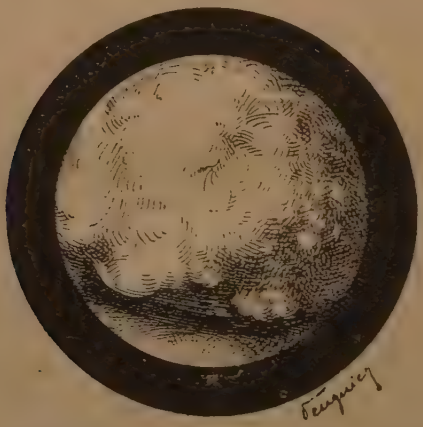


Fig. 3. — Image œsophagoscopique d'un cancer de l'œsophage.

sinthe. Le premier phénomème qui semble avoir ouvert la

scène morbide est apparu en décembre 1910; le malade a alors éprouvé un vertige avec tendance à la syncope, sans chute, mais avec une sensation de déséquilibration qui a persisté même après le décubitus horizontal au lit. Les premiers troubles de la déglutition sont apparus en janvier 1911; les bols alimentaires, trop volumineux, avaient de la difficulté à passer; ce furent les seuls phénomènes que l'on observa jusqu'en mars. En février, une radiographie ne donna que des résultats négatifs et le malade fut traité à Paris par les rayons X et l'électricité; ce traitement dura 2 mois. En mars, apparut une adénopathie au niveau de la région latérale droite du cou; c'est à cette époque que l'on nota les premières douleurs. Ces phénomènes, tumeur et douleurs, allèrent en augmentant jusqu'en mai. La cachexie a commencé au mois de mars.

En mai, nous voyons le malade à la clinique du docteur Peugniez; c'est un cachectique; son facies est typique; c'est le facies cancéreux, au teint jaune paille; il a considérablement maigri. La région latérale droite du cou est occupée par une tumeur volumineuse, de la forme et du volume d'une orange; à son niveau, la peau est d'un rouge violacé, tendue, luisante, amincie, immobile sur les plans profonds. Elle donne l'impression d'une ulcération prochaine; la palpation permet en effet de percevoir une fluctuation des plus nettes; les doigts essaient en vain de mobiliser la tumeur. La dysphagie est presque absolue; quelques liquides passent encore, mais avec la plus grande difficulté.

Le docteur Peugniez fait une œsophagoscopie (appareil de Brünings). Badigeonnage du pharynx à la cocaïne; l'hyperextension de la tête est rendue très difficile à cause de la tumeur. On introduit le tube que l'on doit enlever presque aussitôt, le malade le tolérant difficilement; on cocaïnise et au bout de quelques instants on l'introduit à nouveau; il passe facilement et, à 25 centimètres des arcades dentaires, s'arrête sur une tumeur obstruant toute la lumière du tube et qui en impose pour un épithélioma.

Dans les jours qui suivent, la dysphagie devient absolue; le malade ne peut même plus avaler de liquides; il a vomi du pus; la suppuration cervicale s'est ouverte. Il meurt le 4 juin.

Obervation VII (inédite).

(Recueillie à la clinique du Docteur Labouré).

Monsieur A..., 55 ans, boulanger à Hanboile par Songeons. L'affection aurait débuté, au point de vue symptomatique, il y a 5 mois, par de la fatigue générale, de la lassitude, de l'asthénie, perte d'appétit et enfin des douleurs épigastriques; très nettement, le malade indique le cardia. Il a maigri, puis repris un peu de poids avec le traitement alimentaire institué par le docteur Piédecocq, panades, purées, etc... Le malade a eu des pituites, des régurgitations de salive, une ou deux fois par semaine; c'était un grand fumeur.

Le 14 février, le docteur Labouré pratique une œsophagoscopie. On cocaïnise le pharynx, puis on introduit un petit tube de 11 millimètres de diamètre qui cocaïnise la bouche œsophagienne et pénètre dans l'œsophage. On parcourt tout l'œsophage et l'on ne voit rien de particulier. Un second tube de 45 centimètres de long et 13 millimètres de diamètre est introduit mais arrêté par un spasme violent de la bouche œsophagienne, sans doute dû à la cocaïne qui, quelquefois au début, provoque le spasme et à forte dose le supprime; c'est ce qui est arrivé dans la circonstance. On passe enfin, et à 19 centimètres des arcades dentaires, on apercoit une petite surface rouge, saignante, arrondie. On ne l'interprète pas immédiatement. Plus bas, à 36 centimètres, on retrouve sur la paroi antérieure, 2 autres taches rouges réunies entre elles par une surface muqueuse marbrée : ce sont des pustules de cancer. On pousse plus avant et, à 42 centimètres des arcades dentaires, juste au-dessus du cardia, on trouve une masse néoplasique d'aspect en chou-fleur et qui est le siège initial du cancer. On conseille la gastrostomie.

Observation VIII (personnelle)

(Recueillie à la clinique du docteur Labouré).

Monsieur C... 48 ans, garçon boulanger à Chauny.

Souffre de l'estomac depuis 10 ans presque aussitôt après les repas. Sensation de brûlure au niveau du cardia; vomissements aqueux, non alimentaires. Depuis 3 mois, les vomissements aqueux persistent et on note, en plus, des vomissements alimentaires qui se produisent quelquefois tout de suite après le repas, d'autres fois longtemps après, tantôt 6 heures après le déjeuner, tantôt la nuit. Le vomissement est suivi d'une sensation de bien-être. Depuis 3 mois, le malade a maigri d'une bonne douzaine de livres. Le sujet a l'air fatigué, le teint jaune paille, mais l'aspect non cachectique. A signaler, il y a 2 ans, une crise de sciatique douloureuse qui a fait sa réapparition il y a 15 jours, avec deux points douloureux au niveau de la hanche et à la hauteur du mollet.

Œsophagoscopie le 12 janvier 1911. A 19 centimètres, on rencontre une grosse masse œdémateuse, bourgeonnante, lisse, sans prolifération en chou-fleur, obstruant toute la lumière du tube, caractéristique d'un cancer.

Observation IX (personnelle).

(Recueillie à la clinique du docteur Labouré).

Monsieur Charles L..., 67 ans, à Catillon, par Saint-Just.

Le malade est adressé au docteur Labouré, le 7 avril, par le docteur Maumené, pour œsophagoscopie. Depuis 3 mois, il éprouve de la difficulté à avaler la viande et la croûte de pain : le passage de ces aliments provoque une douleur nette à la hauteur du cartilage cricoïde où le malade porte le doigt quand on lui demande de vouloir bien préciser le siège de cette douleur. Il n'a pas de vomissement ; il salive et crache un peu plus que d'habitude ; il n'a pas eu d'hématémèse, pas de stries hémorragiques dans les expectorations ; il a un peu maigri.

Œsophagoscopie ; atropomorphine, cocaïne, tube de 13 millimètres de diamètre et de 45 centimètres de long. A 20 cent.5 des arcades dentaires, on est arrêté par des bourgeons irréguliers, grisâtres, non saignants, faisant le tour du tube œsophagien.

A signaler le spasme assez violent à l'entrée ; on n'a réussi à pénétrer qu'en entrant par la commissure gauche. On remettait le tube à droite, mais toujours la poussée le ramenait à gauche. On porte le diagnostic de cancer de l'œsophage, confirmé par l'examen histologique de la prise biopsique.

Observation X

Docteur Labouré. — Observation publiée succinctement dans la *Gazette médicale de Picardie*, juin 1910.

Monsieur D..., 66 ans à Bus, par Acheux (Somme).

Le malade est adressé au docteur Labouré parce que, dit-il, il a avalé un os de côtelette en mangeant, il y a 2 jours, et qu'il ne peut plus avaler depuis. La radiographie ne montre rien d'intéressant.

Œsophagoscopie le 23 décembre 1909; atropomorphine, cocaïne et chloroforme; on essaie d'introduire un tube large puis étroit; impossible d'avancer; ceux-ci sont arrêtés à 15 centimètres des arcades dentaires, à l'entrée de l'œsophage. On fait alors des applications prolongées de cocaïne au 1/20e et on peut pénétrer dans l'œsophage; mais, de nouveau, on est arrêté à 22 centimètres des arcades; là, l'œsophage semble immobilisé; ses parois sont cartonnées, indurées et, en suivant très attentivement la paroi, en enfonçant et retirant le tube, on voit tout-à-coup la muqueuse changer de couleur, devenir rougeâtre, puis épaissie, ulcérée, œdématiée, infiltrée, blanchâtre. On pose le diagnostic de cancer de l'œsophage à la hauteur du rétrécissement aortique.

Le malade se plaignait de douleurs en avalant; il les localisait à l'entrée de l'œsophage, puis à la hauteur du cardia.

Ces douleurs étaient des douleurs à distance provoquées par les spasmes. Le docteur Eissendeck, qui a adressé le malade, se rappelle cependant qu'à quelque distance de là, ce dernier

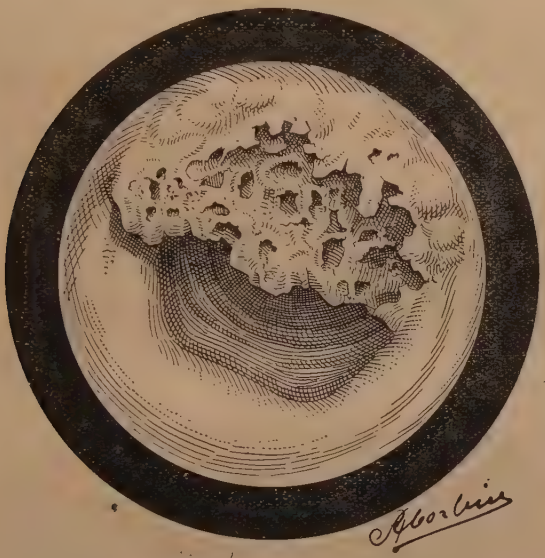


Fig. 4. — Cancer de l'œsophage forme ulcéreuse. Ulcération cratériforme.

l'avait consulté pour des douleurs qu'il localisait à peu près à la hauteur de la 3e côte. Cette douleur était la seule se rapportant à la véritable cause : le cancer.

Observation XI

Docteur Laboure. — Observation publiée succinctement dans la *Gazette médicale de Picardie*, juin 1910.

Monsieur D..., boucher à Le Portel.

Le malade se plaint de ne plus pouvoir avaler du tout. Le début de l'affection est vague et remonterait à un an, peut-être même 18 mois. Le malade n'a pas consulté alors. Il y a 6 mois, progressivement, la déglutition est devenue malaisée

il a eu quelques vomissements et rendu des caillots de sang, peut-être des débris de tumeur. Il a maigri d'au moins 20 livres.

Oesophagoscopie pratiquée par le Docteur Labouré. On fait une piqûre d'atropomorphine, on cocaïnise; on donne l'éther, puis le chloroforme. Le tube de Cauzard de 12 millimètres est facilement introduit puis arrêté par des spasmes dont on

Fig. 5. — Cancer de l'œsophage, forme polypeuse, exubérante, en chou-fleur, obstruant la lumière du tube.

triomphe aisément par application de cocaïne. Enfin à 38 centimètres des arcades dentaires, on est arrêté par une masse infiltrée, blanchâtre, œdémateuse, polypeuse, exubérante, en chou-fleur, qui saigne facilement. C'est la tumeur; un fragment est prélevé et mis dans l'alcool à 60°. L'examen histologique apprit qu'il s'agissait bien d'un cancer.

Les jours suivants, le malade avale; 3 mois après il a augmenté de poids.

Observation XII (inédite).
(Recueillie à la clinique du Docteur Labouré).

Madame de F..., de Fouencamps, vient consulter en juin pour troubles digestifs, dysphagie, embarras gastrique. Œsophagoscopie par le docteur Labouré. Sous cocaïne et atropomorphine, on introduit un tube de 11 millimètres de diamètre et, à 22 centimètres des arcades dentaires, on trouve une ulcération néoplasique, à gauche, siégeant sur le rétrécissement aortique. L'œsophagoscopie est renouvelée deux autres fois; la lésion a tendance à bourgeonner. Le 10 novembre la malade éprouve des douleurs pénibles, des sensations de brûlures; on note des fuliginosités de la langue, de la bouche et des dents; la malade a le teint jaune paille des cachectiques; on conseille la gastrostomie.

Observation XIII

Docteur Labouré. — Observation publiée succinctement dans la *Gazette médicale de Picardie*, Juin 1910.

Monsieur Edmond Q..., 56 ans, est adressé le 25 octobre au docteur Labouré par le docteur Decréquy (de Boulogne-sur-Mer), pour un rétrécissement œsophagien supposé alcoolique. Le 26 octobre on pratique une œsophagoscopie. Anesthésie mixte au chloroforme et à la cocaïne; on ne peut introduire le tube. On n'insiste pas, on remet l'œsophagoscopie à une autre date et on administre au malade une potion au bromure de potassium. On décide d'intervenir à nouveau le 28 octobre. Le matin, on fait une piqûre de morphine et scopolamine (1 milligramme de scopolamine en 2 fois); on endort le malade au chloroforme. Le malade étant anesthésié, on réussit à introduire un tube de Cauzard de 12 millimètres, et, à 21 centimètres des arcades dentaires, on est arrêté par un véritable mur; le docteur Labouré introduit une sonde qui

passe, mais toutefois très difficilement. On remarque l'œdème de l'œsophage.

Le diagnostic probable est un spasme de l'œsophage, soit alcoolique, soit secondaire à une compression médiastinale cancer?.. Toutefois l'obstruction est survenue brusquement, en pleine santé apparente ; peut-être s'agit-il d'un spasme sans lésion organique.

La syphilis n'était pas à incriminer.

Observation XIV

Docteur Labouré. — Observation publiée succinctement dans la *Gazette médicale de Picardie,* juin 1910.

Monsieur C... Adolphe, 60 ans, suiffier, 58 rue Bonvallet, Amiens.

Depuis janvier dernier, le malade se plaint de ne plus pouvoir manger de pain ni de viande. Il prend des liquides, du lait, des œufs. En décembre de l'année précédente, il a eu une hématémèse ; il avait fréquemment de la sialorrhée, des régurgitations de salive. Il crachait jusqu'à 3 litres de salive par jour. Le malade a maigri énormément. Son médecin, le docteur Brohan, lui fait faire un repas d'épreuve, puis lui passe le tube de Faucher; le malade vomit un morceau de tumeur dont on fait faire l'examen histologique ; c'est le docteur Hautefeuille qui s'en charge et conclue à un sarcome. Le malade se plaint, en outre, d'une douleur très vive dans la région pylorique.

Le 7 mai 1910, le docteur Labouré pratique une œsophagoscopie et, à 21 centimètres des arcades dentaires, il arrive sur une grosse masse, nettement circonscrite, localisée, formée de gros bourgeons, saignant peu, obstruant tout le conduit. A noter que, lors du repas d'épreuve, en passant le tube de Faucher, à aucun moment l'opérateur n'a eu l'impression d'un obstacle œsophagien.

On conseille au malade une gastrostomie qu'il refuse ; il

l'accepte plus tard mais on ne peut lui accorder; il est mourant.

Observation XV (inédite),
(Recueillie à la clinique du docteur Labouré).

Monsieur l'Abbé C..., curé de Rejoulcourt (Pas-de-Calais).

Se plaint depuis 6 mois de ne pouvoir avaler. Soufre depuis 2 ans. Il a vu les docteur Lavrand et Depoutre qui ont conclu à un rétrécissement œsophagien.

Le 14 février, à 3 heures, le docteur Labouré pratique une œsophagoscopie. Injection d'atropomorphine. Cocaïnisation du pharynx. On introduit un tube de 11 millimètres de diamètre, puis de 13 millimètres. Spasme violent de la bouche œsophagienne; l'emploi de la cocaïne aide à le franchir et, à 18 centimètres des arcades dentaires, on trouve un spasme que l'on prend encore pour un rétrécissement spasmodique. On dilate, on soigne, on cocaïnise, on pousse un peu le tube et on trouve une surface irrégulière, un peu bourgeonnante. Le néoplasme est soupçonné, non affirmé; c'est un malade auquel on fera bien de refaire une œsophagoscopie un peu plus tard.

Le malade meurt 8 jours après de pneumonie. A quoi attribuer le mort? A l'œsophagoscopie? c'est impossible, elle a été faite dans d'excellentes conditions. A la fatigue? le malade n'a été aucunement surmené. Au froid? c'est encore moins probable, toutes les précautions ayant été prises de ce côté. En réalité, il s'agit là d'une susceptibilité spéciale à faire de la pneumonie par envahissement néoplasique des pneumogastriques.

Observation XVI

Docteur Labouré. — Observation publiée succinctement dans la *Gazette médicale de Picardie*, juin 1910.

Monsieur D..., 63 ans, à Montigny, par Maignelay.

Il y a un an, le malade ne pouvait plus avaler la viande;

seuls passaient le beurre, le lait et les œufs. Pas de vomissements. Il a maigri de 25 livres depuis 6 mois. Depuis 3 semaines, il a augmenté de 3 livres; il souffre à l'estomac, se plaint de tout le ventre et des reins.

Le jeudi 12 mai, le docteur Labouré pratique une œsopha-

Fig. 6. — Cancer de l'œsophage, forme squirrheuse. *a b c*: pustules.

goscopie. Spasme violent de la bouche œsophagienne qui cède à la cocaïne. A 24 centimètres, on note une pustule, puis une seconde, puis enfin une troisième. On est alors arrêté et, bien que l'on use largement de la cocaïne, on ne peut plus avancer.

Il s'agit d'un cancer squirrheux qui, récemment, a changé d'allures en progressant plus vite vers le haut et en provoquant l'apparition des pustules.

Observation XVII

Docteur Labouré. — Observation publiée succinctement dans la *Gazette médicale de Picardie*, juin 1910.

Monsieur Julien S..., à Wavins, par Auxi-le-Château.

Le malade se plaint de dysphagie, de régurgitations, depuis 3 mois. Pas de vomissements alimentaires, pas d'hématémèse.

Certains aliments comme la viande de bœuf ne passaient plus que difficilement ou même pas du tout depuis un certain laps de temps, 2 ans, affirme le malade.

Le 7 mai, le docteur Labouré pratique une œsophagoscopie. Après une injection d'atropomorphine et des badigeonnages pharyngiens de chlorydrate de cocaïne au 1/20e, un tube de 13 millimètres de diamètre et 28 centimètres de long est introduit dans l'hypopharynx et arrêté à 14 centimètres des arcades dentaires. On cocaïnise, le tube descend et de nouveau s'arrête à 21 centimètres des arcades, sur une tumeur circulaire, présentant des plis radiés, mais recouverte d'une muqueuse pâle, œdématiée, infiltrée et qui saigne; la cocaïne ne lève pas l'obstacle. On fait le diagnostic de cancer et une prise est effectuée pour l'examen histologique qui vient confirmer le diagnostic.

Observation XVIII (inédite)

(Recueillie à la clinique du docteur Labouré).

Monsieur François B..., 42 ans, cocher.

Souffre de dysphagie depuis 4 ans; mais, depuis 4 mois, le malade ne peut plus avaler que des aliments liquides ou en purée et encore très difficilement. Pas d'hématémèse, mais amaigrissement de 28 livres.

Examen radioscopique.

Le cachet de bismuth est avalé et dégluti aisément et file

jusqu'au cardia où il séjourne longtemps, indiquant un obstacle à ce niveau.

OEsophagoscopie le 4 octobre 1910, par le docteur Labouré.

1° Injection d'atropomorphine.

2° Cocaïnisation du pharynx.

3° Introduction du tube qui s'arrête à 15 centimètres. Spasme. Cocaïnisation pendant 6 à 7 minutes.

4° On pénètre enfin en s'aidant d'un mandrin.

5° A 21 centimètres, on rencontre une ulcération occupant la moitié gauche de l'œsophage; elle saigne légèrement, est un peu en relief, rougeâtre, tranchant nettement sur le fond rose grisâtre de l'œsophage normal. On dirige le tube vers la gauche pour éviter la lésion et, à 24 centimètres, on la dépasse. Elle s'étend donc sur 3 centimètres en hauteur et 1 centimètre 1/2 environ en largeur

Considérations. — Il est à remarquer que le cachet de bismuth s'est arrêté au cardia sous l'effet du spasme secondaire au néoplasme. L'histoire clinique, début il y a 4 ans, bon état général du sujet, jeune âge (42 ans), arrêt du cachet de bismuth au cardia, étaient, au premier abord, en faveur d'un spasme.

Observation XIX

Docteur Labouré. — Observation publiée succinctement dans la *Gazette médicale de Picardie,* juin 1910.

Monsieur L..., 46 ans, présente de la dysphagie depuis 18 mois, avale difficilement les aliments, souffre à la hauteur du cardia, a des régurgitations, salive abondamment, a maigri considérablement.

OEsophagoscopie le 30 mai 1910, avec l'aide du docteur Dacheux. Piqûre d'atropomorphine, applications de cocaïne. On introduit péniblement un tube de 40 centimètres de long et, à 38 centimètres des arcades dentaires, on est arrêté par

une paroi dure, cartonnée, qui présente des bourgeons rougeâtres et saigne abondamment.

Diagnostic : épithélioma du cardia.

Observation XX

Pierre C..., 20, rue Capperonnier, Amiens.

Le malade est âgé de 65 ans; il se présente à la consultation du docteur Labouré parce que, dit-il, il souffre de la gorge et, à l'appui de ses dires, il montre les faces latérales du larynx. Depuis 2 mois il ne peut plus avaler; l'obstruction est complète même pour les liquides; le malade a vomi 2 ou 3 fois; pas d'hématémèse, pas de stries hémorragiques, pas de melœna. Il a un teint jaune, cachectique, cancéreux.

Œsophagoscopie le 29 juillet 1911.

On trouve à 26 centimètres des arcades dentaires un épithélioma bourgeonnant, volumineux, dilatant et immobilisant l'œsophage qui forme une poche remplie de mucus filant, visqueux, au-dessus de la lésion.

Epithélioma certain.

Généralités sur les observations pour cancer.

A la lecture de ces observations on remarquera que, très souvent, nous avons omis de signaler la présence ou l'absence de teint jaune paille, du teint cancéreux, des hématémèses, de l'engorgement ganglionnaire.

En réalité nous n'en parlons que lorsque ces signes sont présents, ce qui est exceptionnel. Beaucoup de malades ont été vus par nous à un stade antérieur au début, alors qu'ils n'avaient seulement que de la dysphagie; nous en avons vu d'autres à un stade plus avancé; les mêmes quelquefois ont été revus par nous une seconde

fois, un peu plus tard et là encore, nous avons constaté que le seul symptôme présent était une dysphagie plus ou moins intense.

Tous ces gros signes, facies cancéreux, teint jaune paille, rares du reste dans le cancer de l'œsophage, ne peuvent être notés par le clinicien que lorsque ce dernier fait son examen au stade ultime de l'évolution cancéreuse.

Lorsque cette cachexie s'observe, elle n'est pas toujours due au cancer; elle est due également à la dysphagie; la meilleure preuve en est fournie par notre observation VII, dans laquelle nous voyons le malade reprendre des forces, se recolorer lorsque, grâce au régime institué par son médecin traitant, il a pu s'alimenter.

Ces malades maigrissent donc parce qu'ils ne peuvent plus manger et nous savons que la déglutition est encore possible, même au stade ultime de l'évolution cancéreuse; dans l'observation III, nous avons vu un malade dont un énorme cancer en chou-fleur obstruait complètement la lumière du tube œsophagoscopique et qui a néanmoins pu avaler successivement trois grands cachets de bismuth.

Tant qu'il y a encore une parcelle de paroi saine, ou quand il s'agit de cancers « à fleur de muqueuse », le malade peut avaler et nous ne pouvons mieux comparer ce phénomène qu'à ce qui se passe en cas de cancer du col de l'utérus où la dilatation, nécessitée pour le passage du fœtus, est encore possible tant qu'il y a une portion du col qui reste saine.

B. — Corps étrangers de l'œsophage.

Observation XXI (personnelle).

Une petite breloque.

Cette observation a été communiquée par nous à la *Société médicale de Picardie,* en avril 1909.

Messieurs,

Permettez-moi de vous signaler aujourd'hui un cas très intéressant, à mon avis, qu'il m'a été donné de constater à l'hôpital Saint-Céran, chez une fillette de 5 ans, dans le service du docteur Boussavit.

Au mois de décembre dernier, la petite Suzanne F..., demeurant chez ses parents à Sentelie, jouait avec une petite breloque de forme triangulaire, dont chacun des angles de la

Fig. 7. — Corps étranger (breloque) arrêté dans l'œsophage.

base est terminé par un crochet. Comme tous les enfants de son âge, la jeune Suzanne portait cet objet à la bouche; un moment de distraction, un mouvement de déglutition, voilà ce petit triangle avalé !

Les jours se passent. Aucun phénomène ne traduit la présence de cet objet dans l'organisme; pas de dysphagie, la respiration est normale; bref ce corps étranger ne gêne en aucune façon l'enfant qui en est porteur. Néanmoins, au bout de quatre semaines, les parents inquiets, un peu tard, sur les

Fig. 8. — La breloque.

accidents futurs, se décident à venir à notre consultation à l'hôpital où nous procédons à son examen. Pas de dysphagie; le bol alimentaire ne met pas plus de quatre secondes pour arriver à l'estomac; le corps étranger ne forme donc pas obstacle; pas de dyspnée, les poumons sont libres, aucun râle aux bases ni aux sommets. La palpation de la portion cervicale de l'œsophage, la seule qui nous soit accessible, ne nous permet de rien sentir.

Nous conduisons notre petite malade dans le service de radiographie du docteur Degouy, qui nous fait voir, sur une radioscopie, le corps étranger arrêté dans l'œsophage, à la fourchette sternale.

S'aidant du crochet du professeur Kirmisson, le docteur Boussavit fit alors plusieurs tentatives, mais sans résultat; il ne put saisir le corps étranger; à peine eut-il un léger contact métallique. Et cependant le petit triangle était toujours là comme nous pûmes nous en convaincre par une seconde radioscopie.

Après un second essai, aussi infructueux que le premier, le docteur Boussavit pria le docteur Labouré de vouloir bien pratiquer une œsophagoscopie.

Sous le chloroforme, après un badigeonnage à la cocaïne,

le docteur Labouré introduisit dans l'œsophage un tube de 11 millimètres de diamètre qu'il arrêta sur un corps d'aspect grisâtre, encastré dans la muqueuse qui le recouvrait en partie. Après plusieurs essais, le corps étranger ne put être saisi et nous dûmes renoncer à l'extraction par les voies naturelles.

La situation était embarrassante. L'œsophagotomie externe nous restait, opération très dangereuse, donnant en moyenne 50 p. 100 de décès; c'était une solution peu séduisante.

Aussi, bien que la famille fut décidée à cette opération, nous eûmes l'idée de conduire notre petite malade à Paris, à la clinique du docteur Guisez, créateur en France de la bronchoscopie et de l'œsophagoscopie, et nous allâmes le voir accompagné des docteurs Boussavit, Labarrière et Labouré.

Des circonstances indépendantes de notre volonté ne nous permirent pas de faire une radiographie qui aurait renseigné le docteur Guisez et c'est guidé par nos données que l'éminent laryngologiste pratiqua une œsophagoscopie.

Quelle ne fut pas notre surprise lorsque le docteur Guisez, après avoir exploré tout l'œsophage et même l'estomac, nous affirma qu'il n'y avait pas de corps étranger. Seule, une petite plaie linéaire, en voie de cicatrisation, se trouvait sur les parois de l'œsophage, à la fourchette sternale, indice de la présence antérieure du corps étranger.

Comment expliquer ce phénomène? Notre étonnement fut de courte durée, car le docteur Guisez nous apprit que la cocaïne avait la propriété de faire cesser le spasme qui resserrait le corps étranger et ce dernier progressait alors vers l'estomac pour être évacué ensuite par les voies naturelles. « Il m'est arrivé plusieurs fois, nous dit le docteur Guisez, au moment où j'allais saisir un corps étranger de l'œsophage, de voir ce corps se diriger vers l'estomac par une véritable déglutition et, sur une trentaine de cas pour lesquels j'ai pratiqué une œsophagoscopie, je suis arrivé une quinzaine de fois seulement à saisir et à extirper le corps étranger ».

C'est pourquoi nous avons regretté de n'avoir pas procédé à une radiographie après la tentative faite dans le service du docteur Boussavit ; elle aurait très probablement fait voir que le corps avait disparu puisque, après l'œsophagoscopie pratiquée par le docteur Guisez, les selles de la petite malade furent examinées et tamisées sans qu'on puisse rien y trouver.

A son retour à Amiens, nous pratiquâmes une radioscopie : l'œsophage et tout le tube digestif étaient libres. C'est donc vraisemblablement après l'œsophagoscopie qui a été faite à l'hôpital par les docteurs Boussavit et Labouré que, sous l'influence de la cocaïne, le corps étranger a progressé dans l'œsophage. Si nous avions connu ce phénomème, nous aurions tamisé les selles et, à coup sûr, nous aurions trouvé le petit triangle.

En effet, dans le cours de l'intervention faite à l'Hôtel-Dieu, nous avions d'abord pu voir le corps dans le tube œsophagoscopique ; puis, au moment où, introduisant une longue pince, on s'apprêtait à le saisir, on n'avait plus rien trouvé : nous n'avions rien compris à ce fait que devait expliquer la théorie émise par le docteur Guisez.

Un jour ou deux après cette intervention, notre petite malade s'était plainte de coliques, ce à quoi nous ne nous étions pas arrêté : c'était le corps étranger qui progressait dans l'intestin et qui avait à vaincre quelque obstacle, peut-être la valvule iléo-cœcale.

Quelle est donc la conclusion à tirer?

Ce cas nous a paru intéressant, car il nous a prouvé une fois de plus que si, pour un corps étranger de l'œsophage, le crochet de Kirmisson ne donne pas de résultats, c'est à l'œsophagoscopie et à l'œsophagoscopie seule qu'il faudra avoir recours.

Pourquoi donc est-on en droit de tout attendre de ce traitement?

C'est parce que l'œsophagoscopie permet, soit de retirer « *per vias naturales* » les corps étrangers fixés dans l'œso-

phage, soit de les faire progresser dans l'estomac et le tube digestif. Sans doute on nous reprochera que cette seconde solution, moins brillante à coup sûr que la première, a ses inconvénients, voire même ses dangers.

« Faut-il, nous dira-t-on, de propos délibéré pour ainsi dire, envoyer dans l'intestin des corps étrangers qui, s'ils passent presque toujours assez bien et sont éliminés sans accident dans la majorité des cas, peuvent néanmoins s'arrêter dans leur route, s'enclaver et donner lieu à des phénomènes d'occlusion intestinale?

Et d'abord le tableau est-il donc aussi sombre?

Evidemment non, les faits sont là pour prouver que dans la majorité des cas, les corps étrangers, même assez volumineux, voire même des dentiers, parcourent le tube digestif sans déterminer d'accidents. Notre petite malade en est un exemple et quelques coliques seulement ont marqué le passage du corps étranger.

Mais soyons pessimistes. Et quand même cela serait, quand bien même notre corps étranger élirait domicile dans l'estomac ou irait s'enclaver dans l'intestin, la solution que nous avons envisagée n'en serait pas moins une terminaison relativement heureuse et bien préférable à l'œsophagotomie externe dont la mortalité est considérable. Il nous resterait à faire une gastrostomie ou une entérostomie dont la mortalité est infiniment plus réduite que celle de l'œsophagotomie externe. Et d'ailleurs, je le répète, dans la majorité des cas, il n'y a pas lieu d'intervenir.

Dans cette observation, nous n'avons pas eu pour but d'ériger en traitement la méthode qui consiste à faire progresser les corps étrangers dans l'estomac et l'intestin, lorsque l'œsophagoscopie a été impuissante à les extraire *per vias naturales*. En d'autres termes, nous n'avons pas eu l'intention de préconiser comme traitement, le désenclavement cocaïnique; nous connaissons ses dangers et aurons du reste l'occasion de discuter la question dans nos considérations sur les corps étrangers,

Observation XXII (inédite).
(Recueillie à la clinique du docteur Pauchet).

Un râtelier.

Madame Henriette E..., 21 ans, à Suzois, par Noyon (Oise).

Le dimanche 15 octobre, à 10 heures du soir, en s'endormant, la malade avale son ratelier; elle est prise aussitôt d'une violente quinte de toux.

Le docteur Gorecki de Noyon appelé en toute hâte, arrive à minuit et, à l'aide de l'index d'abord, du panier de Graefe ensuite, tâche d'extraire le corps étranger; après plusieurs essais infructueux il doit y renoncer; il n'avait pu pénétrer plus de 12 centimètres. On dirige alors la malade à l'Hôtel-Dieu de Compiègne pour l'examiner aux rayons X. L'image radioscopique décèle la présence, dans l'œsophage, du râtelier.

La malade continue à souffrir de plus en plus. La dysphagie est intense; il lui est absolument impossible d'avaler les aliments solides : seuls les liquides peuvent encore passer, mais très difficilement. Le docteur Gorecki envoie la malade au docteur Pauchet (d'Amiens) pour pratiquer une œsophagotomie externe ; le râtelier présente dit-il, des aspérités blessantes, profondément encastrées dans la paroi de l'œsophage, rendant très difficile l'extraction par les voies naturelles; c'est ce qui explique l'échec qu'il a subi lors des manœuvres qu'il a faites avec le panier de Graefe.

Le docteur Pauchet néanmoins, avant de pratiquer l'intervention, prie le docteur Labouré de tenter une œsophagoscopie. La malade arrive le mardi à la clinique ; les douleurs sont toujours très vives, la dysphagie intense.

Œsophagoscopie pratiquée le mercredi à midi par le docteur Labouré, en collaboration avec le docteur Labarrière, en présence du docteur Pauchet.

La malade reçoit une piqûre d'atropomorphine et de scopolamine; badigeonnage du pharynx à la cocaïne; le docteur Brohan se charge du chloroforme. On introduit le tube œso-

phagoscopique et, à 12 cent. 5 des arcades, on arrive sur la bouche œsophagienne très contractée ; on attend 10 minutes à un quart d'heure ; on cocaïne ; le spasme cède enfin mais on n'arrive pas à pénétrer dans l'œsophage. Il faut porter le tube franchement sur la droite, en pleine gouttière pharyngée, bien latéralement, loin de la ligne médiane ; on explique cette particularité du fait de la saillie considérable du châton cricoïdien

Après avoir pénétré de 1 cent. 5, on se trouve à 14 cent. des arcades dentaires ; on aperçoit alors l'extrémité supérieure du râtelier. Comme nous pûmes nous en rendre encore mieux

Fig. 8. — Le râtelier.

compte, lorsque nous eûmes la pièce en main, c'était un râtelier supérieur, comprenant les 4 incisives ; l'incisive latérale droite était cassée ; de chaque côté, se trouvait un petit crochet, en forme de hameçon, qui explique la fixation de ce râtelier.

A tour de rôle, les docteurs Labouré et Labarrière le saisissent, mais toujours la pince dérape et ils ne réussissent pas à l'extraire. Une dernière fois la prise semble solide ; la pince ne dérape pas ; on tire fortement, mais le corps étranger résiste. On abandonne alors la partie, laissant reposer la malade qui est adressés au docteur Degouy, en priant ce dernier de vouloir bien faire une radiographie que l'on comparera avec l'image radioscopique obtenue à l'Hôtel-Dieu de Compiègne, pour voir si le râtelier est toujours dans la même position et qui, avec l'œsophagoscopie, donnera un renseignement de plus pour l'intervention sanglante.

Le lendemain matin à 10 heures, le docteur Pauchet pratique l'œsophagotomie externe. On ouvre un abcès situé entre l'œsophage et la trachée et contenant un demi verre à vin de pus.

La genèse de cet abcès, que l'on ne peut évidemment pas imputer à l'œsophagoscopie, est facile à expliquer; c'est une inoculation, datant des premières heures de l'accident, due aux aspérités du râtelier, peut-être lui-même en mauvais état d'entretien, qui ont ouvert des portes à l'infection.

Dans les cas de corps étrangers, surtout de corps étrangers possédant des aspérités, il est préférable de renoncer d'emblée au panier de Graefe ou au crochet Kirmisson; si l'on veut quand même les employer, on doit être prêt à faire sur le champ une œsophagoscopie et le chirurgien sera également « sous les armes » dans le cas où cette dernière ne réussirait pas. Ces interventions successives, en effet, ne sont jamais complètement innocentes devant des corps étrangers à aspérités. Elles propagent et disséminent l'infection et c'est pour empêcher cette propagation et cette dissémination que les différents temps de l'extraction doivent être effectués pendant la même anesthésie, de manière à être suivis d'effectivité, c'est-à-dire de la sortie du corps étranger.

Observation XXIII

Docteur Labouré. — *Un sifflet métallique.*

Jean P..., 6 ans, de Germaine (Aisne), est adressé en Janvier 1905, par le docteur Puche (d'Athies), pour pratiquer l'extraction d'un corps étranger de l'œsophage avalé depuis quelques jours.

Il s'agit d'un sifflet discoïdal, du diamètre d'une pièce de cinq centimes. Il a été nettement reconnu, à la radioscopie faite à Saint-Quentin, qu'il se trouve placé à la hauteur du sternum. Plusieurs tentatives ont été faites au crochet de

Kirmisson; le sifflet était mobilisé par le crochet, mais arrivé derrière le châton cricoïdien, il s'y arrêtait faisant déraper le crochet.

L'enfant est endormi au chloroforme. Un tube œsophagoscopique de 10 millimètres de diamètre est introduit dans l'œsophage et, à 16 centimètres des arcades dentaires, il rencontre le corps étranger. Celui-ci est amené par les mouvements du tube en bonne position, puis saisi avec la pince.

L'ensemble est retiré, mais arrivé derrière le châton cricoïdien, nouvel arrêt. La pince dérape aussi. Une seconde prise est effectuée, mais la pince, trop tendue, se casse. Le crochet de Kirmisson, introduit alors, répète les manœuvres de mes confrères de Saint-Quentin. Il remonte le crochet jusqu'au châton, mais là il dérape. Deux fois le même fait se reproduit. Nous procédons alors autrement; nous amenons, avec le crochet, le sifflet tout contre le cricoïde et nous l'y maintenons, le crochet formant pour ainsi dire cale. Puis avec la pince laryngienne de Vacher, nous allons saisir le corps; cette pince, étant résistante, permet une forte prise. On extrait ainsi le corps par emploi combiné de la pince qui tire et du crochet qui continue à pousser l'objet de bas en haut. Ce procédé non classique valait d'être rapporté.

Observation XXIV

Docteur Labouré. — *Une pièce de 10 centimes.* Cette observation a été communiquée par le docteur Labouré à la *Société médicale de Picardie* en août 1909.

Robert W.., 12 ans, avale le 25 juillet 1909 un décime. Il est pris de suite de spasmes violents qui l'effraient et court prévenir ses parents qui appellent le docteur Philippet (de Saint-Just). Celui-ci fait radioscoper l'enfant par le docteur Perdu et me l'amène pour l'extraction. A 8 heures du soir,

sous éther, la pièce est extraite avec le tube pharyngien taillé en biseau. L'intervention, non compris l'anesthésie, a demandé 4 ou 5 minutes. On voit par là que l'œsophagoscopie n'est pas inférieure au crochet de Kirmisson, même en cas de pièce de monnaie.

Observation XXV

Docteur Labouré. — *Une fausse pièce de 20 francs.*

Mademoiselle P..., 5 ans (de Boulogne-sur-Mer), avale, le 25 mai 1910, une fausse pièce de 20 francs. Le docteur Debuschère et le docteur Decréquy (de Boulogne) me prient de l'extraire par œsophagoscopie.

Le 26 mai, après anesthésie successivement à l'éther et au chloroforme, on pénètre avec un tube de 28 centimètres de long et de 9 millimètres de diamètre et, à 21 centimètres des arcades dentaires, on aperçoit la tranche grisâtre de la pièce recouverte de mucus; on la saisit de suite; elle ne vient pas. On cocaïnise largement et au hasard. On va tenter une nouvelle prise, mais la pièce est déjà avalée.

Chez l'enfant surtout, la muqueuse a une grande facilité d'absorption, se cocaïnise très vite. Il importe de localiser l'action de la cocaïne, avec un porte-coton exprimé, à l'extrémité droite par exemple, de saisir la pièce à ce niveau et de la faire pivoter sur le côté opposé. 48 heures après, la pièce était rendue sans inconvénients pour la petite malade.

Observation XXVI

Docteur Labouré. — *Un râtelier.*

Monsieur C..., (de Beaudeduit), est adressé au docteur Pauchet, pour œsophagotomie externe, par les docteurs de Saint-Fuscien et Frigaux (de Granvilliers). La radiographie montre le dentier, sous forme de triangle placé de champ, au niveau de

la première et de la deuxième dorsale. On estime à 21 centimètres environ sa distance des arcades dentaires.

Le sujet est anesthésié; on descend, sous le contrôle de la vue, un tube de 25 centimètres de long et 11 millimètres de diamètre et on rencontre en effet le corps du délit à 22 centimètres, à droite un crochet encastré dans la paroi et à gauche une dent qu'on aperçoit avec le porte-coton. On cocaïnise abondamment. On fait plusieurs prises, une dizaine, mais on ne mobilise pas le corps: il semble bien céder de quelques centimètres, mais c'est une illusion due à la laxité de l'œsophage. On cocaïnise de nouveau, on refait une nouvelle prise qui dérape et, tout-à-coup, on voit le râtelier descendre, s'avaler et un tube promené dans toute la longueur de l'œsophage ne le rencontre plus. Il fallait ici cocaïner surtout à droite, au niveau du crochet, attendre patiemment, mobiliser ce crochet, harponner le corps et attendre le relâchement total du spasme. Le tube à valves de Guisez nous aurait facilité les manœuvres. Le râtelier fut retrouvé le 17e jour dans les fèces.

Observation XXVII

Docteur Labouré. — *Un râtelier en platine.*

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie du docteur E. J. Moure, n° 8, 25 février 1911.

Le malade, M. H..., âgé de 56 ans, avale en juin 1910, pendant son sommeil, son râtelier, oublié la nuit dans la bouche. Il est brusquement réveillé par une douleur très vive retro-laryngée. Il ne doute pas qu'il ait avalé son râtelier et mande en toute hâte le docteur Tournant (de Compiègne), qui l'adresse le lendemain au docteur Pauchet pour œsophagotomie externe.

La radiographie ne fournit pas de détails suffisants, mais le sujet ne veut plus attendre et me prie de procéder au plus vite à l'extraction de son corps étranger.

Dans la soirée, avec l'aide du docteur Brohan, nous administrons le chloroforme au sujet, cocaïnons le pharynx et,

Fig. 9. — Le râtelier en platine à la bouche œsophagienne; on aperçoit la dent.

Fig. 10. — Le râtelier après application de cocaïne; le spasme est supprimé.

aussitôt que l'anesthésie est obtenue, nous pénétrons avec un tube de 13 millimètres.

Quel n'est pas notre étonnement, en arrivant devant la

bouche œsophagienne, d'apercevoir une petite surface blanche nacrée; c'est une dent dans une immobilité complète; nous nous en apercevons aux premières prises. Il semble qu'à ce niveau, à cause du voisinage du sphincter, la contracture soit plus violente; nous cocaïnons largement pendant 1/4 d'heure et, successivement, apparaissent les différentes parties de l'extrémité supérieure du râtelier; à droite on aperçoit très clairement les détails d'un crochet. C'est là que nous faisons notre prise, le corps ne cède pas; nous attendons plusieurs minutes, la pince harponnant le corps, attendant qu'il veuille bien céder, ce qu'il se décide à faire. Le lendemain, le sujet quittait la clinique sans dommage aucun, après nous avoir généreusement fait présent de son râtelier.

Généralités sur les observations pour corps étrangers de l'œsophage.

En rapportant ces observations, notre but n'a pas été de montrer que, pour extraire les corps étrangers, la seule ressoure dont disposait l'opérateur était l'œsophagoscopie. Nous ne sommes pas absolus et, pour l'extraction des pièces de monnaie, en particulier, nous avons eu l'occasion de nous servir plusieurs fois du crochet du professeur Kirmisson qui nous a toujours donné toute satisfaction et auquel nous ne pouvons néanmoins nous empêcher de reconnaître un caractère aveugle; et même dans le cas de pièces de monnaie où l'emploi du crochet de Kirmisson est plus indiqué que jamais, on peut avoir un échec lorsque la pièce de monnaie est collée contre la paroi postérieure; le crochet passe au devant d'elle sans l'accrocher.

Nous pensons qu'il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'enlever des corps aux arêtes vives, comme les râteliers par exemple, dont l'extraction est bien plus difficile que celle des sous. L'observation XXIII en fait foi ; le crochet du professeur Kirmisson a bien eu un contact métallique, mais n'a pu saisir le corps étranger. Nous estimons également que la méthode du refoulement n'est pas à adopter pour ces corps étrangers ; en effet, en exerçant des pesées avec l'olive pour faire progresser le dentier, les arêtes de ce dernier pourront perforer les parois œsophagiennes ; l'olive elle-même, qui n'agit pas sous le contrôle de la vue, pourra exercer une pression sur ces parois et, si ces dernières ont été ulcérées par le contact du corps étranger, elles les perforera.

Après l'œsophagoscopie pratiquée chez la petite malade de l'observation XXI, dans laquelle l'usage de la cocaïne avait désenclavé et fait progresser la breloque, nous nous étions demandé si ce désenclavement cocaïnique ne pouvait pas être considéré comme un traitement et, dans cette observation précisément, nous discutions les avantages et les inconvénients de la méthode. Nous avons pensé que ce traitement était un pis aller, une solution peu élégante de l'avis même de son auteur, le docteur Sargnon (de Lyon) et qu'il fallait le rejeter. On ne peut considérer comme traitement une méthode qui, pour éviter les accidents dus au séjour d'un corps étranger dans l'œsophage, va le lancer, de propos délibéré, dans l'estomac et l'intestin où il pourra produire une perforation ou déterminer une obstruction intestinale. Comme

Corps étrangers.

A — Un sifflet métallique (observation XXIII).
B — Un râtelier à une dent en ébonite (observation XXVI).
C — Une pièce de 10 centimes (observation XXIV).
D — Une fausse pièce de 20 francs (observation XXV).
E — Un râtelier à 4 dents en platine (observation XXVII).

G. STEINHEIL, Éditeur

nous le disions dans l'observation XXI, le tableau n'est pas toujours aussi sombre, il faut l'avouer et, dans les observations XXI et XXVII, le passage du corps étranger, breloque et dentier, à arêtes vives cependant, n'a été marqué par aucun accident. La malade de l'observation XXV ne nous a donné aucune inquiétude après avoir dégluti sa fausse pièce de 20 francs. Seule la malade de l'observation XXI a ressenti, quelques jours après le désenclavement et l'ingestion, de légères coliques dans la fosse iliaque droite. Ce mécanisme arrive du reste assez souvent; beaucoup de corps étrangers de l'œsophage, les dentiers surtout qui sont les plus rares et en même temps les plus difficiles, sont désenclavés par la cocaïne qui délie le spasme et, sous l'influence des mouvements péristaltiques, on les voit descendre, progresser vers l'estomac et disparaître. Il est préférable évidemment, comme nous le disions dans l'observation XXI, de pratiquer une gastrostomie ou une entérostomie qu'une œsophagotomie externe, mais il est bien préférable de ne rien pratiquer du tout et d'extraire le corps étranger par œsophagoscopie.

Ce phénomène du désenclavement et de la progression du corps étranger vers l'estomac et l'intestin se produit assez souvent. Il se produira de moins en moins; affaire de technique, d'habileté et de patience acquises par l'expérience.

Par l'œsophagoscopie nous avons traité ou vu traiter tous les corps étrangers et jamais le chirurgien n'a eu à intervenir lorsque le corps étranger, s'étant desenclavé et étant arrivé dans l'estomac par les mouvements de déglutition, a parcouru tout l'intestin.

Il est des corps étrangers qui sont particulièrement rebelles; c'est pour ces cas, principalement, que l'œsophagoscopiste saura être prudent; il saura remettre au lendemain un nouvel essai et si toutes ces tentatives restent infructueuses, il demandera le secours du chirurgien qui pratiquera l'œsophagotomie externe. Dans les cas de corps étranger enclavé dans la région cardiaque, par exemple, impossible à mobiliser, le chirurgien fera une gastrostomie; mais là encore l'œsophagoscopie ne perdra pas ses droits. Il faut savoir, en effet, que l'incision de l'œsophage ne va pas toujours amener directement le chirurgien sur le corps étranger et il lui faudra souvent aller le chercher plus bas, à l'aide d'une pince introduite dans la brèche opératoire; il n'y verra donc pas beaucoup plus clair que s'il passait par la bouche.

L'œsophagoscopiste, au contraire, empruntant les voies artificielles œsophagiennes ou stomacales créées par le chirurgien, fera une œsophagoscopie directe ou rétrograde qu'il ne nous a pas encore été donné de pratiquer.

Nous savons donc être éclectique *pour le moment* et reconnaissons, selon les cas, les indications du crochet du professeur Kirmisson, malgré la réserve que nous faisions plus haut et les interventions chirurgicales. Demain, lorsque l'œsophagoscopiste aura modifié sa technique, lorsqu'il aura acquis un nouveau tour de main, nous serons peut-être plus absolu.

C. — Spasmes de l'œsophage.

Observation XXVIII (personnelle).
(Recueillie à la clinique du docteur Labouré).

Monsieur T..., de Hénancourt, avale de travers un os de lapin samedi soir 23 janvier. Le dimanche, le docteur Philippet cathétérise, à 2 ou 3 reprises, avec des bougies différentes et pénètre aisément dans l'estomac. Le malade continue à ressentir la même douleur qu'il accuse à la hauteur du cartilage cricoïde. Etant donnée la nature du corps étranger, on ne fait pas de radioscopie.

Le 26 au soir, on administre au malade du chloroforme. L'anesthésie est difficile à cause des habitudes éthyliques du sujet. On introduit le tube pharyngien; on ne voit rien qu'une congestion vive des aryténoïdes et de la paroi postérieure du pharynx; on introduit ensuite une sonde en gomme et le tube œsophagoscopique à la suite. La muqueuse se déplisse, on ne trouve rien; l'examen est refait au retour sans rien relever de plus. Un second tube plus long, de 45 centimètres, est introduit et provoque, au bout de sa course, une violente quinte de toux; on cocaïnise avec un porte coton, on retire le tube et on ne trouve rien comme dans le 1er cas. Le lendemain, on fait prendre un peu d'eau au malade; elle passe difficilement mais, une fois bue, elle est bien avalée. On conclue à un spasme chez un arthritique survenu à l'occasion d'un corps étranger supposé ou réel ayant été refoulé lors du premier cathétérisme par le docteur Philippet.

Observation XXIX (personnelle).
(Recueillie à la clinique du docteur Labouré).

Monsieur D..., âgé de 49 ans. Ancien gendarme de Fay, près Clermont, vient consulter le docteur Pauchet parce qu'il ne peut plus avaler et souffre de l'épigastre; il indique nettement l'appendice xyphoïde comme siège de ses douleurs. Il ne vomit pas, ou rarement, mais il a beaucoup maigri

(30 livres depuis 18 mois parce que, dit-il, il ne peut s'alimenter. C'est un homme d'aspect robuste, fort en couleurs, un peu neuro-arthritique, maigre actuellement, quand il se présente à nous et qui est loin d'être un cachectique.

Les médecins et chirurgiens consultés pensent à une lésion organique, mais veulent être fixés avant d'intervenir pour une gastrostomie.

OEsophagoscopie le vendredi 29 octobre. Le malade reçoit un peu avant une piqûre d'atropomorphine; il est anesthésié à l'éther puis on fait un badigeonnage du pharynx à la cocaïne.

Le tube œsophagoscopique pénètre aisément dans l'œsophage jusqu'à 35 centimètres; là, il est brusquement arrêté par un diaphragme dont l'aspect rappelle la muqueuse œsophagienne, avec un orifice excentré et plis radiés. Des sondes en gomme de 7 à 10 millimètres sont passées progressivement, laissées en place chacune 15 à 20 secondes. Le lendemain le malade se plaint de souffrir en avalant à la hauteur du cartilage cricoïde, mais avale plus facilement les aliments à la partie inférieure de l'œsophage. On pose le diagnostic de spasme de l'œsophage.

Remarque. — Le siège de la douleur est exactement localisé, pour ce sujet, à l'appendice xyphoïde et sur la ligne médiane. La douleur n'est pas vive, mais c'est une gêne qui quitte le sujet en dehors des crises alimentaires. Le sujet, ici, avait maigri de 30 livres, mais avait gardé bon aspect général, meilleur peut-être; il avait cessé d'être un gros mangeur. Les vomissements sont rares contrairement à ce qui se passe dans le cas de cancer du cardia.

Observation XXX (personnelle).
(Recueillie à la clinique du docteur Labouré).

Monsieur Adolphe P..., de Vaulx-Vraucourt (Pas-de-Calais), est amené par le docteur Leroux qu'il a consulté pour dysphagie il y a 6 mois. L'affection évoluait depuis un an; elle est venue progressivement. Il avale difficilement les solides

et les liquides. Les aliments semi-liquides, les purées, les crèmes, les œufs et les pâtes sont mieux tolérées. Il a eu quelques rares vomissements alimentaires, qui survenaient peu de temps après que le malade avait absorbé. Il ne souffre pas, n'a pas maigri. Depuis quelques semaines, il a même augmenté de poids parce que son médecin l'a suralimenté; par ailleurs c'est un homme maigre, mais sec, vigoureux, légèrement scléreux (temporale, artères dures); c'est de plus un tiqueur. Il y a 4 ans, il a eu un petit chancre de la lèvre et une plaque de leucoplasie (exérèse, guérison).

Les contractures faciales sont en faveur du spasme de l'œsophage; l'âge et les antécédents leucoplasiques indiquent plutôt un cancer.

Œsophagoscopie le 4 mars 1909. Anesthésie générale au chloroforme; anesthésie pharyngée à la cocaïne. Le tube de 40 centimètres de long, armé de son mandrin en gomme, est introduit dans l'œsophage; il pénètre difficilement. Le spasme à l'entrée de l'œsophage est vaincu facilement après application de cocaïne. Le tube pénètre aisément jusqu'à 30 centimètres des arcades dentaires, mais là il est arrêté par un véritable diaphragme dont la couleur et l'aspect rappellent ceux de la muqueuse œsophagienne et qui porte un orifice excentré d'où partent des plis radiés. Les sondes en gomme de 8 à 12 millimètres, enduites de glycérine, sont poussées avec prudence l'une après l'autre et pénètrent jusque dans l'estomac. A l'aller et au retour, on sent qu'elles sont vigoureusement serrées par l'œsophage contracté. On pose le diagnostic de spasme de l'œsophage.

Le malade, suivi par son médecin, meurt dans le courant de l'année, après avoir présenté tous les signes cliniques du cancer de l'œsophage.

Généralités sur les spasmes de l'œsophage.

Comme pour les cancers et les corps étrangers de l'œsophage, nous voyons donc que l'œsophagoscopie rend de très grands services en cas de spasme de l'œsophage. Il est de ces spasmes, en effet, qui, par leur forme clinique, en imposent pour un cancer de l'œsophage: c'est à l'œsophagoscopie qu'il appartient de diagnostiquer ces pseudo-cancers: il y a aussi des cancers qui évoluent comme des spasmes et, là, encore, l'œsophagoscopie sera utile. Il nous dira tout d'abord s'il s'agit d'un spasme et non d'un cancer, d'un retrécissement cicatriciel ou d'une compression de l'œsophage: il nous dira ensuite quelle est la forme et le siège exacts de ce spasme. De cet examen nous tirerons de précieux enseignements nous permettant d'aller porter un traitement approprié, la dilatation progressive que l'on fera soit avec les bougies de Bouchard, les sondes à air de Gottstein ou de Jaboulay, etc., que l'on pourra faire suivre, comme le fait le Docteur Guisez, d'une application locale de courants de haute fréquence pour éviter la récidive.

L'observation XXX, dans laquelle le spasme de l'œsophage a évolué en cancer, vient confirmer la théorie récemment émise par le Docteur Guisez d'après laquelle il est fréquent de voir des cancers se greffer sur d'anciens spasmes.

Il y a des malades dont le spasme remonte à 20,25 et même 30 ans et chez lesquels l'œsophagoscopie permet de déceler, un beau jour, une grosse masse bour-

geonnante, saignant au moindre contact, qui en impose pour un épithelioma. L'aspect général est cependant bon, le facies superbe, non jaune paille, non cachectique ; le malade ne maigrit pas ; au contraire, il prend parfois de l'embonpoint ; si l'on joint à ces signes cliniques la genèse de l'affection qui remonte parfois à 30 ans, on éliminera, à coup sûr, l'hypothèse d'un cancer ; et cependant, l'œsophagoscopie le montre dans toute son évidence, ne permettant pas le moindre doute.

Il semble donc qu'il existe déjà dans l'œsophage une altération d'ordre nerveux, du système nerveux périphérique, de la fibre musculaire ou de la muqueuse ; ce sera encore un des mérites et des avantages de l'œsophagoscopie de nous avoir prévenu, nous permettant de nous mettre en garde et de pouvoir offrir au malade, lorsqu'il en sera encore temps, la thérapeutique appropriée.

D. — Ulcère de l'œsophage.

Observation XXXI (personnelle)
(Recueillie à la clinique du docteur Labouré).

Monsieur Georges H..., 40 ans, rue Edouard Delafontaine, à Beauvais.

Soigné depuis 6 ans pour crises gastriques par le docteur Piédecocq, ces crises survenant irrégulièrement de 3 à 6 mois, plus fréquemment depuis six mois ; a peu maigri. Les crises douloureuses survenaient brusquement, à n'importe quelle heure, 1 heure, 2 heures après les 3 repas, quelquefois à minuit. Le malade ne mange plus pour éviter la crise et quelquefois cette dernière vient quand même. Il montre nettement le creux épigastriqne, indique la région lombaire comme siège des irradiations ; jamais de vomissement ali-

mentaire, jamais d'hématémèse mais des glaires mousseux, avant la crise généralement; quelquefois, néanmoins, les douleurs survenaient sans être précédées de vomissement.

Œsophagoscopie le 11 janvier, à 4 heures de l'après-midi, par le docteur Labouré. Une piqûre d'atropomorphine, badigeonnage de cocaïne; introduction du tube de 13 millimètres de diamètre; difficultés à cause du spasme et de l'état nerveux du sujet. A 38 centimètres des arcades dentaires, au voisinage du cardia, on trouve, sur la partie gauche de l'œsophage, une petite ulcération rouge, plate, lisse, arrondie et souple. La paroi, au voisinage, garde également ses caractères normaux de souplesse et ne donne pas du tout de sensation cartonnée. On pose le diagnostic d'ulcère de l'œsophage.

Généralités sur les ulcères de l'œsophage.

N'ayant observé qu'une seule fois un ulcère de l'œsophage, il nous est difficile évidemment de généraliser. Nous savons néanmoins que s'il y a des ulcères de l'œsophage qui « crient » leur présence, il y en a d'autres, au contraire, qui évoluent insidieusement et qu'on ne découvre que par hasard, lors d'une œsophagoscopie faite pour toute autre cause ou même à l'autopsie. Les signes de l'ulcère de l'œsophage, douleur augmentée par l'ingestion des aliments, vomissements, hématémèses, etc., n'existent pas toujours au complet; notre malade de l'observation XXXI en fournit la preuve; jamais il n'a vomi de sang; de plus, ces signes ne sont point spéciaux à l'ulcère de l'œsophage et nombreuses sont les affections qui les présentent. Il faut donc voir; c'est ce que fait l'œsophagoscopiste.

E. — Anévrysme de l'aorte.

Observation XXXII (personnelle).
(Recueillie à la clinique du docteur Labouré).

Monsieur Victor M..., Impasse des poulies, 58.

Vient consulter le 23 décembre 1910 parce que, dit-il, il ne peut plus avaler depuis 15 jours; il attribue cette dysphagie à un os qu'il aurait avalé par distraction. Interrogé sur le siège de la douleur, il indique la région moyenne de la poitrine.

Œsophagoscopie. Après piqûre d'atropomorphine et badigeonnage du pharynx à la cocaïne, on introduit un tube de 28 cent. de long et 13 mm. de diamètre. Arrivé à 22 cent. des arcades dentaires, on bute sur un obstacle transversal qui obture la lumière œsophagienne; cet obstacle est animé de battements violents qui se transmettent à la main par l'intermédiaire du tube.

On se garde bien de toucher à la paroi; on maintient le tube à une certaine distance de l'anévrysme que l'on n'essaie pas de franchir.

On pose le diagnostic d'anévrysme de l'aorte. Une radiographie faite ensuite par le docteur Perdu confirma le diagnostic.

Généralités sur les anévrysmes de l'aorte.

Comme pour les ulcères de l'œsophage, nous n'avons été à même d'observer qu'un seul cas d'anévrysme de l'aorte; mais il nous semble particulièrement intéressant.

Un anévrysme de l'aorte, comprimant l'œsophage, détermine une sténose de ce conduit; toutes les compres-

sions, de quelque nature que ce soit, agissent de même et, dans notre premier chapitre consacré aux généralités, nous avons montré que toutes les sténoses se traduisant par le même symptôme, la dysphagie progressive, les régurgitations, les vomissements, la cachexie et l'inanition, il était difficile, pour ne pas dire impossible à la clinique, d'en établir la nature. Dans notre observation XXXII, l'avantage de l'œsophagoscopie nous paraît plus grand encore. C'est un malade, en effet, qui vient, dit-il, d'avaler un os et qui indique un point douloureux à la région moyenne de la poitrine; il présente en outre de la dysphagie. Si le praticien, pensant avoir affaire à un corps étranger, avait tenté un cathétérisme pour l'extraire, quel que soit l'instrument choisi, ou s'il avait simplement, comme certains auteurs le conseillent, passé une sonde dans l'œsophage pour savoir approximativement à quelle hauteur se trouvait le corps, il se serait exposé à perforer la paroi de l'œsophage, souvent fragile, soulevée par l'anévrysme, à pénétrer dans l'aorte et une hémorragie foudroyante en aurait été la conséquence.

Encore une fois l'œsophagoscopie nous a mis sur nos gardes et c'est elle qui est venue dire au médecin qu'il ne fallait pas cathétériser l'œsophage d'un tel malade.

CONCLUSIONS

L'œsophagoscopie est un puissant élément de diagnostic ; elle ne doit donc pas être considérée comme un simple moyen de contrôle que l'on met en œuvre après avoir épuisé toute la série des renseignements cliniques. Clinique et œsophagoscopie doivent marcher de pair et s'entr'aider ; l'œsophagoscopie se passerait plutôt de la clinique que la clinique de l'œsophagoscopie.

En cas de cancer, par exemple, elle a sur la clinique l'avantage de pouvoir faire un diagnostic précoce, lorsqu'un traitement peut encore être mis en œuvre, avant le stade ultime de la cachexie cancéreuse. Elle nous fixe, en outre, sur la nature et le siège exacts de toutes les lésions qu'elle peut aller traiter directement et sous le contrôle de la vue. Si elle est la seule à pouvoir nous dire « ce qu'il y a » dans un œsophage, elle est également la seule à pouvoir nous dire « ce qu'il n'y a pas », notamment chez les nerveux.

Moins nettement indiquée pour l'extraction des pièces de monnaie pour lesquelles le crochet du professeur Kirmisson fait généralement merveille, l'œsophagoscopie reste encore supérieure, en supprimant tout caractère aveugle à l'intervention. Elle doit être le traitement de

choix que l'on doit appliquer systématiquement dans tous les autres cas de corps étrangers ; la méthode du refoulement n'est pas sans danger ; c'est de plus une méthode aveugle ; le désenclavement cocaïnique est un pis aller et non un traitement.

En cas de spasme, d'ulcère, d'anévrysme, elle nous permet de « voir », ses renseignements sont précis ; elle évite de graves mécomptes.

Sauf quelques contre-indications, et encore ne sont-elles pas absolues lorsqu'il y a urgence, l'œsophagoscopiste pratiquera systématiquement l'œsophagoscopie.

Entre des mains expérimentées, conduite avec patience et douceur, c'est une opération qui n'est pas et ne doit être nullement dangereuse ; elle est plutôt désagréable que douloureuse pour le malade ; elle ne doit point laisser de trace après l'intervention. C'est une méthode opératoire qui a déjà rendu et est appelée à rendre de grands services. Lorsqu'il la soupçonnera dangereuse, l'œsophagoscopiste cèdera sa place au chirurgien ; c'est du reste un fait qui devient de plus en plus rare ; tous les jours, l'œsophagoscopiste modifie sa méthode, tous les jours il adapte ses tours de main aux différents cas qui se présentent et le moment est proche où il n'y aura plus de difficultés insurmontables pour le tube œsophagoscopique. Ce jour-là, l'œsophagoscope sera un instrument qui se trouvera entre les mains de tous les médecins, chirurgiens et spécialistes et ils pratiqueront l'œsophagoscopie avec la même aisance qu'ils auscultent un poumon, évacuent une collection purulente ou examinent un pharynx.

L'œsophagoscopie a plus de prétention encore, ses horizons sont plus vastes et si certaines de nos méthodes d'investigations cliniques ne sont devenues de pratique courante qu'à un moment où elles étaient depuis longtemps déjà familières à l'art vétérinaire, c'est à notre tour, aujourd'hui, de prendre une revanche et de tracer la voie à nos devanciers d'hier. Plusieurs vétérinaires de nos amis sont déjà venus, en effet, nous demander de procéder à l'extraction de corps étrangers avalés par des vaches, des veaux, etc., et nous faisons construire en ce moment un œsophagoscope permettant d'explorer l'œsophage de ces animaux.

Vu : le Président,
P. SEGOND

Vu le Doyen,
L. LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abbe. — A new and safe method of culting œsophageal strictures. *Medical Record*, 1893, X L III, p. 225.

Abrand. — *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, juillet 1909.

Ach. — OEsophagoscopie rétrograde, *Münch. med. Woch.*, n° 44, 1908.

Astier. — *Progrès médical*, Paris 1881.

Balacesco-Coper. — *Revue de chirurgie*, février 1905.

Bevan. — *The Lancet*, 1868, I.

Boisseau du Rocher. — De l'endoscopie à lumière externe, de l'endoscopie à lumière interne, *Revue internationale d'électrothérapie*, Paris, 1891.

Botella. — Dentiers enlevés par œsophagoscopie, *Académie royale de médecine espagnole*, 27 mars 1909.

Botey. — *Archivos d'otologia*, Enero-febrero 1910, p. 831.

Ciéchomski (A.). — Contribution au traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. *Gaz. lek. Warszawa*, 1902, XXII, p. 713, 747 et 777.

Corbin. — Traitement des corps étrangers de l'œsophage, *Gazette médicale de Picardie*, avril 1909, p. 103.

Debove. — *Société médicale des hôpitaux*, 1887.

Drey et Sargnon. — Endoscopie directe, *Société de laryngologie*, 1908, p. 53.

Duperron. — *L'OEsophagoscopie (Technique et valeur clinique)*, thèse de Bordeaux, 1902-1903.

Max Einhorn. — *New-York medical Journal*, décembre 1897. — A new œsophagoscope, *Medical Record* January, 1902.

Gottstein. — *Technik and Klinik der œsophagoscopie.*

Gross S. W. . — Gastrostomy, œsophagostomy, internal œsophagotomy, combined œsophagotomy, œsophagectomy and retrograde divulsion in the treatment of stricture of the œsophagus. *Amer. surg. assoc.*, 1884, Philad., 1885, II, p. 363-380, et *Amer. Journ. med. Sciences*, Philad. 1885, N. S. LXXVIII, p. 58-69.

Gross. Von Hacker, Pickenbach. — *Traité de pathologie chirurgicale.*

Gross. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février 1903.

Guisez. — *Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, juin 1909.

— *Société des chirurgiens de Paris*, juillet 1909.

— Corps étrangers de l'œsophage. *Presse médicale*, 14 août 1909.

— *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, séance du 4 mars 1910.

— Broncho-œsophagoscopie. *Société française de laryngologie*, 1910.

— Spasmes de l'œsophage. *Gazette des hôpitaux*, 1910.

— *Traité des maladies de l'œsophage*, 1911.

Hartmann. — *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.*

Kelling. — Endoscopy of the œsophagus and stomach. *Lancet*, 28 avril 1900.

Killian. — *Revue hebdomadaire de laryngologie, d otologie et de rhinologie*, 11 octobre 1902.

— *Annales des maladies du larynx et des oreilles*, octobre 1902.

Kirstein. — Ueber œsophagoscopie. *Berlin. klin. Woch.* 1898.

Labarraque Edouard). — *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1871.

Labouré. — Extraction d'un décime par œsophagoscopie directe. *Gazette médicale de Picardie*, août, sept., oct., 1909, p. 246.

— Œsophagoscopie et cancer de l'œsophage. *Gazette médicale de Picardie*, juin 1910, p. 168.

— Œsophagoscopies pour corps étrangers, 1911.

— Présentation d'un corps étranger de l'œsophage (râtelier) enlevé par œsophagoscopie. *Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie du docteur E. J. Moure*, n° 8, 25 février 1911.

Lafitte-Dupont. — Un dentier enlevé par œsophagoscopie. *Journal de Bordeaux*, 20 décembre 1908.

Le Dentu. — *Traité de chirurgie*, tome V.

Lejars. — *Chirurgie d'urgence*.

Mackensie. — Gastrostomy, œsophagostomy and internal œsophagotomy in the treatment of strictures of the œsophagus. *Amer. journ. med. Sciences, Philad.*, 1883, n. s. LXXXV, p. 420-438.

— *Medical Times et Gaz.* London, 1881.

— A new œsophagoscope. *Lancet*, London, 1881.

Martin. — *Des corps étrangers et de leur traitement*. Thèse de Paris 1868.

Mickulicz. — Ueber gastroskopie u. œsophagoscopie. *Wiener med. Presse*. 1881.

— *Congrès de chirurgie*, 1882.

Molière et Sargnon. — Corps étrangers de l'œsophage. Désenclavement cocaïnique. *Province médicale*, 7 sept. 1907.

Monod et Vanverts. — *Traité de technique opératoire*, 1908.

Munier. — Thèse de Bordeaux 1899-1900.

Nerwell. — *Boston medical et surgical Journal*, 1887.

Nové-Josserand et Sargnon. — *Société des sciences médicales de Lyon*, 26 avril 1908, et 23 décembre 1908.

Nové-Josserand-Sargnon et Rendu. — Sténoses cicatricielles de l'œsophage infranchissables à l'œsophagoscopie, *Lyon médical*, 1909, CXII, p 154.

Pellanda et Sargnon. — Endoscopie directe. *Société de laryngologie*, 1908, p, 54.

Poirier. — *Traité d'anatomie*.

Raymond. — L'endoscopie à Vienne. *Annales des maladies génito-urinaires*, Paris 1888.

Routier. — Difficulté du diagnostic d'un cancer de l'œsophage. *Gazette médicale de Picardie*, avril 1909, p. 65.

Rosenheim. — Ueber œsophagoskopie. *Berl. klin. Woch*, 1895-1896.

— *Congrès international de Moscou*, 1897.

— *Semaine médicale*, 1898, 1901 et 1902.

— *Médecine moderne*, 1899.

— *Semaine médicale*, 1898 et 1902.

Rumpel. — *Münch. med. Woch*, 1897, p. 15, 16, et 1899, p. 76.

Sargnon. — *Bulletins et mémoires de la Société française d'oto-rhino-laryngologie*. Congrès de 1909.

— Endoscopie directe. *Société de laryngologie*, 1908, p. 26.

— Sténoses cicatricielles. *Société de laryngologie*, 1908, p. 23, 24, 25 et 26.

— Corps étrangers de l'œsophage. *Société de laryngologie*, 1908 et 1909.

— *Congrès de laryngologie* de 1909

— Corps étrangers de l'œsophage. *Congrès de laryngologie de 1909*.

— Contribution à l'œsophagoscopie. OEsophagoscopie après œsophagostomie cervicale basse dans la cure des sténoses cicatricielles thoraciques infranchissables. *Bulletins et mémoires de la Société française d'oto-rhino laryngologie. Congrès de 1909*.

— Corps étrangers de l'œsophage. Désenclavement cocaïnique. *Lyon médical*, 3 avril 1910.

— Broncho-œsophagoscopie. Traitement des corps étrangers de l'œsophage. *Lyon médical*, 3 avril 1910.

— Muguet de l'œsophage. *Province médicale*, 16 avril 1910.

— Contribution à la broncho-œsophagoscopie. *Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie du Docteur E. J. Moure, 1910. Congrès de la Société fran-*

çaise d'oto-rhino-laryngologie, Paris, lundi 9 mai au jeudi 12 mai 1910.

Sargnon et Vignard. — *Bulletins et mémoires de la Société française d'oto-rhino-laryngologie*, mai 1909.

Sébileau. — *Société de chirurgie*, 20 novembre 1900.

Sébileau et Lemaitre. — Etat actuel de la broncho-œsophagoscopie. *Presse médicale*, 15 janvier 1910.

Semon — OEsophagoscopie rétrograde. *Arch.* février 1909.

Sencert. — *Presse médicale*, 17 mai 1906.

Sklifosovski. — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage traité par l'œsophagostomie et la dilatation progressive. *Congrès international des sciences médicales de Copenhague*, 1884, II, p. 185.

Strompel. — *Arch. f. Klin. Med.* Bd. XXIX. 1881.

Testut. — *Traité d'anatomie*.

Tixier et Sargnon. — Endoscopie directe. *Société de laryngologie*, 1908, p. 56,

Tretrop. — Corps étrangers de l'œsophage. *Congrès de laryngologie belge*, 1909.

Trivas. — *Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 10 mai 1902.

Vallas et Sargnon. — Endoscopie directe. *Société de laryngologie*, 1908, p. 55.

Vignard et Sargnon. — *Société des Sciences médicales de Lyon*, 26 avril 1908 et 23 décembre 1908.

Vignard, Sargnon et Arnaud. — Sténoses cicatricielles multiples de l'œsophage; œsophagoscopie, gastroscopie, dilatation ; œsophagostomie. *Lyon médical* 1909, CXII, p. 653.

Von Hacker. — *Revue internationale de chirurgie, d'otologie et laryngologie*, 1896.

— *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1896 et 1898.

— *Wiener Klinischen Wochenschrift*, 1898, n° 27; 1899 n° 55; 1902, n° 34.

— Un dentier enlevé par œsophagoscopie, *Wiener Klin. Woch*, 1908.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 11

CHAPITRE I^er. **Considérations générales sur les méthodes endoscopiques** 25

CHAPITRE II. **Technique de l'œsophagoscopie** 35
A. Position du malade 35
B. Anesthésie 35
C. Instrumentation 38
D. Manuel opératoire 47
E. Description d'un nouvel appareil 58

CHAPITRE III. **Difficultés de la technique** 63

CHAPITRE IV. **Contre-indications de l'œsophagoscopie** . . . 67

OBSERVATIONS 71

A. Cancer de l'œsophage 71
Généralités sur les cancers de l'œsophage 91

B. Corps étrangers de l'œsophage 93
Généralités sur les corps étrangers de l'œsophage . . 105

C. Spasmes de l'œsophage 109
Généralités sur les spasmes de l'œsophage 112

D. Ulcère de l'œsophage 113
Généralités sur les ulcères de l'œsophage 114

E. Anévrysme de l'œsophage 115
Généralités sur les anévrysmes de l'œsophage 115

CONCLUSIONS 117
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 120

COULOMMIERS
Imprimerie DESSAINT ET Cie

360

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE